

1145

N.º 4.

190

BREVE ESTUDO

SOBRE

A APPENDICITE AGUDA

(FORMA NORMAL)

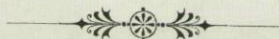
DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

Agnello da Silva Pereira



PORTO

TYPOGRAPHIA PROGRESSO

DE

DOMINGOS AUGUSTO DA SILVA, em Commandita

Largo de S. Domingos, 15

—
1908

116/4 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedraicos

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral	Luiz de Freitas Viegas.
2. ^a Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida.
8. ^a Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira — Hygiene	João Lopes da Silva Martins.
14. ^a Cadeira — Histologia normal	José Alfredo Mendes de Magalhães.
15. ^a Cadeira — Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.

Lentes jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias.
	{ Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	{ Vaga.
	{ Vaga.
Secção cirurgica	Antonio Joaquim de Sousa Junior.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

A meus Paes

A todos os Meus

AO EX.^{MO} SNR.

Commendador Antonio Joaquim de Moraes

AO

José Deodato da Fonseca e Silva

Aos meus antigos Amigos e Companheiros:

Dr. Alvaro d'Antas

Alfredo Motta

Dr. Alfredo R. Pedreira

Dr. João Sallemma

Dr. José C. Carteador Mena

Alfredo Campos.

A:

José Fraga

Antonio Jorge

Francisco Bugalho e

Joaquim Correia

A todos um grande abraço.

AOS MEUS AMIGOS

AOS MEUS CONDISCIPULOS

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Prof. Roberto Frias

AO EX.^{mo} SNR.

DR. JOAQUIM JOSÉ DIAS JUNIOR

e sua Ex.^{ma} Esposa

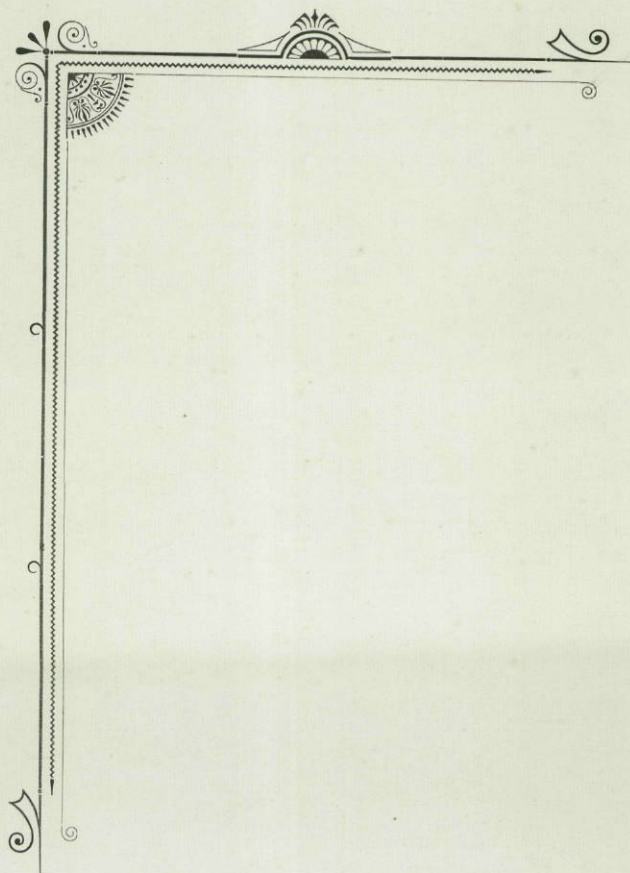
AO EMINENTE CLINICO

E

Meu Illustre Presidente

O EX.^{mo} SNR.

Prof. Antonio d'Azevedo Maia



Obrigado por lei, no fim dos meus trabalhos escolares a dissertar sobre qualquer assumpto medico-cirurgico, tive a lembrança de escolher o que me proponho grosseiramente esboçar. Lembrança esta que ainda mais se arreigou, com a presença d'um doente que tivemos na nossa enfermaria de Clinica Medica, no ultimo trimestre do anno lectivo.

Assumpto era este, reconheço-o, que daria logar a um bello trabalho de critica se fosse feito por outrem que não eu, a quem além de tudo falta cabedal scientifico e a pratica indispensavel. Mas apezar da

boa vontade que sempre me acompanhou, motivos d'ordem diversa, se antolharam na minha frente, impossibilitando-me por vezes, e por outras fazendo-me sentir forte desanimo.

A fórma como faço a exposição do assumpto não será brilhante; mas parece-me muito acceitavel, attendendo á extraordinaria divergencia de opiniões, ás discussões apaixonadas a que tem dado origem; tirar de tudo isso conclusões absolutas seria temerario; procurarei pois, fazer uma exposição simples, didactica, sem pretensões. Desejando atenuar a aridez do meu trabalho, apresen-

tando algumas observações colhidas no nosso hospital, devo agradecer ao illustre operador o Ex.^{mo} Snr. Dr. J. Franchini, as fidalgas atenções que me proporcionou, permittindo-me a publicação d'algumas, que do melhor grado me cedeu.

Ao meu illustre presidente, e aos illustres membros do jury que me ha-de julgar, peço toda a benevolencia para este humilde e despretencioso trabalho.

HISTORIA

A historia da appendicite é relativamente moderna. No principio do seculo passado algumas observações appareceram, publicadas por Méstivier, Jadelot e Wegeber, mas passaram desapercibidas, não tendo despertado nem a curiosidade, nem o interesse do mundo medico de então.

Em 1824, Louyer-Villerman, e um pouco mais tarde em 1827, Mélier, exforçaram-se por fazer luz sobre a pathologia do appendice vermicular. Mélier, n'uma memoria publicada no « Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacologie » sob o titulo de « Mémoire et observations sur quelques maladies de l'appendice ileo-cœcal », attribuia ao appendice

lesões, capazes de produzirem gravissimas desordens organicas e até a morte.

Dava assim á appendicite uma individualidade perfeitamente independente, ligando-a d'uma maneira intima á stase fecal, a qual determinando a dilatação e a inflamação do appendice, terminava no empastamento, na gangrena e na perforação.

Méliér, n'esse trabalho, acabava por prophetisar o futuro cirurgico da affecção.

Dance, Menière, e sobretudo Albers, de Bonn, em 1839, salientaram-se na campanha de negar ao appendice os phenomenos que Méliér lhe havia attribuido, para os reindivisar a favor do cœcum.

Segundo Albers, as typhlites consecutivas á stase das materias fecaes, podiam provocar ulcerações e perforações seguidas de peritonite generalisada, ou abcesso do tecido cellular da fossa illiaca; se a perforação se fazia á frente do cœcum, tinhamos a peritonite, se se fazia entre as laminas do méso-colon, tinhamos o abcesso.

Grisolle, Forget, Bodart, Leudet, Henrot e outros, combateram vivamente tal doutrina, mas apesar d'isso, a typhlite tomou a supremacia e o appendice ficou quasi completamente lançado ao olvido.

O cœcum chamava a si o que lhe pertencia e o que estava longe de lhe pertencer;

cœcum em primeiro plano, do appendice ninguém se lembrara.

Este modo de vêr tornou-se corrente na medicina; passaram-se annos sobre annos sem que a ideia da typhlite tal como reinava fosse combatida.

Só em 1879 é que Biermer levantou o pendão da revolta, dizendo que a peri-typhlite era sempre a consequencia d'uma perforação do appendice, tendo por causa uma concreção appendicular.

Depois With, n'esse mesmo anno, e um pouco mais tarde, em 1880, Matterstock, publicaram observações, em que o papel desempenhado pelo appendice se tornava essencialmente predominante.

Em 1882, Talamon, emette a sua theoria do *vaso fechado*, e em 1887 Tuffier, confirmando as investigações de Tréves, mostra que ao contrario do que se julgava até então, o cœcum não tinha relações directas com o tecido cellular da fossa iliaca; prova que está completamente rodeado pelo peritoneo e que a sua inflamação não devia pois tender á invasão d'esse tecido.

Desde então, numerosissimos trabalhos appareceram, e grande numero de investigações tem sido feitas.

Os cirurgiões americanos foram os primeiros e os que mais concorreram para mos-

trar, que os accidentes outr'ora attribuidos á typhlite, não tinham por origem o cœcum, mas sim o appendice.

Mac-Burney, descreve em dezembro de 1889, oito observações com laparotomia precoce e excisão do appendice.

Na Europa, os primeiros que fizeram a intervenção cirurgica foram: Krafft, Wolkmann e Tréves. Em França a primeira appendicectomy foi feita por Schwartz em março de 1891; a segunda por Routier em junho do mesmo anno, e a terceira por Jalaguier em maio de 1892.

Viu-se então, que os symptomas attribuidos á typhlite, pertenciam de facto á appendicite, prova feita com a intervenção operatoria. Em todos os casos em que os symptomas característicos da chamada typhlite appareciam, a intervenção mostrou, que era o appendice e não o cœcum que estava lesado.

Isto não quer dizer que o cœcum não possa ser a séde de lesões inflammatorias; tanto assim é, que ha muitos auctores que lhe attribuem, por propagação a pathogenia da appendicite.

Não são no entanto as lesões do cœcum que vão provocar os grandes accidentes; para isso são indispensaveis as lesões do appendice.

Reconhecido o erro em que por tanto tempo se laborou, a typhlite teve de ceder o

passo á appendicite, tomando esta a preponderancia, e ficando aquella, hoje em dia, quasi completamente riscada do quadro nosologico.

A litteratura medica e cirurgica encerra um sem numero de trabalhos que n'estes ultimos annos tem apparecido sobre o assumpto.

Poucas doenças ha, que tenham sido alvo de tantas e tão calorosas discussões, discussões essas que estão ainda longe de terminar. O tratamento é actualmente o ponto de maior controversia. Os opportunistas e os intervencionistas radicaes estão longe de se entenderem, e é provavel que as divergencias se prolonguem ainda, Deus sabe por quanto tempo!



CAPITULO I

Antes de entrar na descripção clinica da appendicite e do seu tratamento, parece-me racional recordar ligeiramente algumas noções anatomicas e anatomo-pathologicas, que se prendem com essa affecção.

A) Anatomia

O appendice ileo-coecal, ou vermicular, pela similhaça que tem com a fórma d'uma lombriga, apresenta-se sob o aspecto d'um tubo cylindrico, quasi sempre flexuoso, e apenso ao coecum.

De dimensões que variam entre 2,5 a 18 centímetros, a sua situação é muito variavel no adulto. No feto occupa o vertice da ampola coecal; mas no adulto, normalmente, acha-se mais acima, na sua parte postero-interna, a 2^{cm.} abaixo da valvula ileo-coecal.

Segundo Mac-Burney, este ponto d'implan-

tação do appendice, corresponderia ao meio d'uma linha tirada da espinha iliaca antero-superior ao umbigo. E é n'esse ponto, (ponto de Mac-Burney), que geralmente é a séde da dôr intensa da appendicite. Diz, porém, Jalaguier, e Brun é do mesmo parecer, que a dôr ahi localisada, deve corresponder não ao appendice, mas sim aos ganglios lymphaticos do angulo ileo-cœcal. E' o unico meio de explicar segundo elles, a constancia da dôr n'esse ponto, em relação á variabilidade da implantação do appendice. Se a sua situação é muito inconstante, mais inconstante ainda é a sua direcção. Revestido totalmente pelo peritoneo é muitas vezes, mantido em posição na metade interna da fossa illiaca direita por uma prega d'essa serosa, que toma o nome de méso-appendice.

Schematicamente póde dizer-se, que o appendice está implantado atraz, á direita, á esquerda, ou por cima do cœcum.

Resumindo, ainda que d'uma fórma um pouco vaga, são quatro as suas direcções principaes: ascendente, descendente, lateral interna e lateral externa, a que alguns chamam tambem, transversal direita e transversal esquerda. A direcção descendente é a mais frequente.

Marcland, em 60 autopsias praticadas, constatou 23 appendices descendentes, 20 ascen-

dentes, 3 transversaes esquerdos, e 6 transversaes direitos.

Os restantes seguiam direcções confusas que lhe foram impossiveis de classificar: formando espiraes e até pontos de interrogação.

Segundo Testut, a direcção descendente observa-se em 41,5 %; a ascendente em 13 %; a lateral interna em 26 % e a lateral externa em 17 %.

Estas diversas direcções, podem explicar qual a razão porque varias regiões são a séde d'abcessos e collecções purulentas no decorrer d'uma appendicite.

No seu ponto d'implantação é o appendice algumas vezes, munido d'uma valvula, chamada valvula de Gerlach. E digo, algumas vezes, porque ha auctores que a admittem e affirmam que quasi sempre a encontraram nas suas investigações; outros ha, para quem a sua existencia é anormal e duvidosa, e ainda outros, finalmente, chegam a negal-a por completo.

Assim: para Sappey esta valvula existiria frequentemente; poucas vezes segundo Beaunis e Bouchard, e nunca para Clado. Testut, diz que a sua existencia é excepcional e duvidosa; Dieulafoy porém, diz que a tem constatado muitas vezes e até muito desenvolvida.

A cavidade appendicular occupa todo o comprimento do appendice; é muito estreita, ás vezes puramente virtual, terminando infe-

riormente, do lado da sua extremidade livre, por um fundo de sacco.

a) *Estructura do appendice.* — As paredes appendiculares são d'uma espessura que contrasta com o diametro da sua cavidade central, que varia de 4 a 6 millimetros.

Eis, segundo Letulle, a estrutura do appendice normal:

«Uma camada epitheleal, composta por um revestimento cylindrico tapeta a cavidade do appendice; um grande numero de cellulas epitheliaes são caliciformes.

«O resto da mucosa é formada por um chorion conjunctivo-vascular, penetrado por glandulas em tubo curtas, perpendiculares á superficie interna e raras vezes bifidas.

«Estas glandulas de Lieberkün, em numero variavel segundo os córtes e as pregas da mucosa, passam directamente sobre os folliculos lymphaticos sub-mucosos, sendo separadas normalmente d'elles pela *muscularis mucosae*; esta disposição nem sempre se encontra, vendo-se frequentemente o vertice dos folliculos no interior do chorion.

«Os folliculos lymphaticos formam uma superficie descontinua de tecido reticulado sub-mucoso, de fórmula e volume variaveis.

«Vulgarmente esphericos ou achatados, appoiam-se na face profunda da *muscularis*

mucosæ, sendo a sua periphéria limitada d'uma maneira nitida, subretudo do lado da camada cellular sub-mucosa. Esta camada cellular-adiposa que permite o deslissamento da mucosa, na face interna das camadas musculosas do appendice, póde dividir-se em tres zonas distinctas: a zona follicular; uma zona intermediaria laxa, occupada muitas vezes por tecido adiposo; e uma zona externa ou vasculo-nervosa, onde se vêm ramificar as grandes arterias e as veias que atravessam a camada musculosa interna.

«As duas camadas musculares do appendice, de espessura variavel, reconhecem-se facilmente aos córtes transversaes: a musculosa interna com as suas fibras contracteis circulares; a musculosa externa com os seus feixes cortados transversalmente.

«Uma camada sub-peritoneal tapeta a serosa e separa-a da musculosa externa; é rica em vasos sanguineos e lymphaticos e frequentemente infectada nas lesões da appendicite aguda. O peritoneo appendicular nada de particular apresenta».

B) Anatomia pathologica

A prova das relações do cœcum com o peritoneo, veio dominar a historia anatomo-

pathologica da appendicite. Dividiremos, como Monod e Vanverts, as lesões encontradas em dois grandes grupos, a saber :

- 1.º Lesões localisadas unica e exclusivamente no appendice (appendicite parietal).
- 2.º Lesões propagadas aos tecidos vizinhos e em particular ao peritoneo.

(Lesões macroscopicas)

a) *Aspecto e lesões externas.* — Ao passo que o appendice no estado sã é um órgão molle e flacido, no estado doente é um órgão turgido, erecto, apresentando quasi sempre augmento de volume.

Este augmento, nem sempre recae sobre todo o seu comprimento ; acontece que ás vezes só a sua extremidade livre é que se torna mais alongada. Casos apparecem tambem em que o appendice assim augmentado é a séde de dilatações varias, separadas umas das outras por estrangulamentos.

Desde a simples vascularisação demasiada, até ao esphacelo limitado, o appendice póde apresentar lesões perfeitamente visiveis.

Entre ellas são dignas de especial menção as placas irregulares, muitas vezes bastante extensas, d'aspecto gangrenoso, lembrando,

segundo Brun, a disposição habitual das escharas typicas das lymphangites gangrenosas da pelle.

O appendice no principio da affecção está livre; mas pouco a pouco o processo inflammatorio apanha o peritoneo, d'onde a formação de adherencias appendiculo-intestinaes, e appendiculo-parietaes, que vão constituir as lesões peri-appendiculares.

Nem sempre ha perforação; e quando a ha, póde ella ter a sua séde em qualquer porção do orgão; mas é especialmente na sua extremidade livre que se encontra. Quasi sempre existe apenas uma que mal se vê; outras vezes a perforação é nitidamente visivel. Casos ha ainda, em que a perda de substancia é circular, dando origem á amputação expontanea do appendice.

b) *Lesões da mucosa e da cavidade do appendice.* — A mucosa que tapeta a cavidade appendicular, raras vezes se apresenta normal. Umas vezes é a séde de pequenas ulcerações pouco profundas; outras vezes apresenta-se turgida e tomentosa, mamilonada, anfractuosa.

A cavidade do appendice nem sempre é permeavel. A's vezes apresenta-se dilatada, quer em toda a sua extensão, quer sómente na sua extremidade livre, quer enfim, em varios pontos do seu trajecto. Na maioria dos casos,

porém, essa cavidade é a séde d'apertos. O aperto póde ser devido quer á tumefacção inflammatoria da mucosa, quer a que em virtude d'uma crise appendicular que passou, se tenha formado na espessura das paredes do canal um tecido resistente e firme, como succede nos apertos urethraes, quer finalmente a uma causa exterior, que intervindo lhe deu origem.

Estes apertos são em certos casos perfeitamente inultrapassaveis por um estylete ainda que muito fino.

c) *Conteúdo do appendice.* — Além de uma certa quantidade de liquido purulento, muco-purulento, sanioso, ou hemorrhagico que vulgarmente se encontra na cavidade appendicular, quasi sempre corpos estranhos apparecem tambem. Esses corpos estranhos até agora encontrados, foram classificados por Ménard, da fórma seguinte :

I

Corpos inertes

Animacs. — Ossos de pombo, unhas de patas de tordos, espinhas de peixe, crinas d'es-covas de dentes e sédas de porco.

Vegetaes. — Caroços de cereja, de ameixas e de azeitonas, grainhas d'uvas, sementes de morangos e bocados de truffas.

II

Materias inorganicas

Bocados de chumbo, de esmalte, alfinetes e calculos intestinaes.

III

Corpos vivos

Ascaris lombricoides, oxyuros vermiculares e tricocephalos.

Mas de todos os corpos extranhos, os mais frequentes são os calculos appendiculares. Talamon, diz que se encontram nos 2 terços de casos d'appendicite. Esses calculos, de consistencia e dureza variaveis segundo os seus componentes, são constituídos: 1.º por uma materia organica stercoral, acastanhada escura; 2.º por saes mineraes, phosphato e carbonato de cal, saes de magnesia, chloratos, sulfatos e raras vezes cholesterina; tudo cimentado pelo mucus segregado pelas glandulas do appendice.

Segundo a predominancia da materia organica ou mineral, assim teremos a menor ou maior consistencia do calculo.

Regularmente, na cavidade appendicular apenas se encontra um; mas casos ha, em que se têm encontrado 2, 3 e mais, deixando então de terem a sua superficie lisa, para a apresentarem facetada.

Dialeufoy, nega que corpos extranhos taes como fragmentos de ossos, caroços de cereja, d'azeitona etc., possam em virtude do seu volume, penetrar no orificio da cavidade. Admitte n'ella apenas o calculo formado *in loco*. Não obstante, o facto é admittido geralmente pelos auctores.

Lesões peritoneaes

Estas lesões variam immenso segundo a gravidade da affecção.

Assim estudaremos a peritonite circumscripta ou localisada, plastica ou suppurada, e a peritonite generalisada, diffusa.

I

Peritonites localisadas

A peritonite localisada, é caracterisada pela inflammacção do peritoneo na visinhança proxima do cœcum e do appendice.

a) *Peritonite localisada ou circumscripta (peri-appendicite), plastica, fibrinosa ou adhesiva.* — Limitando-se no começo da affecção a uma simples injeccão do peritoneo peri-appendicular, com a presença d'algumas manchas ecchymoticas, o mais cummum, o mais vulgar, é a esta congestão juntarem-se exsudatos plasticos, mais ou menos consideraveis.

Raras vezes localisada apenas ao peritoneo appendicular, a presença de adherencias unindo o appendice a outros órgãos, o que desde logo se nota, é devida a que a inflammacão não se limita unica e simplesmente ao peritoneo peri-appendicular, mas invade tambem o peritoneo do cœcum, das ansas do intestino delgado, da fossa iliaca, da parede abdominal, e o proprio epiploon.

São essas adherencias que tornam ás vezes difficil e até perigosa, a pesquisa do appendice.

E' devido a ellas, que a appendicectomy a frio sendo uma operacão, quasi sem gravidade e de benigno prognostico, se torna uma operacão melindrosa e de prognostico um tanto reservado.

Mas se tem inconvenientes a sua presença, tambem pelo seu lado tem vantagens e muitas até. Quanto e quanto não se alargariam as estatisticas da mortalidade se não fossem essas adherencias salvadoras!

Um pouco de serosidade turva e ás vezes de uma grande fetidez, encontra-se entre as ansas intestinaes aglutinadas, mas que raras vezes fórma uma pequena collecção peri-appendicular serosa. Porém, no fim de 2 ou 3 dias, segundo Roux, e segundo outros no fim de 5 ou 6, a resolução póde dar-se n'este caso, e tudo terminará bem.

b) *Peritonite suppurada circumscripta*
Peri-appendicite — (abcesso peritoneal). — O abcesso peri-appendicular póde apparecer sem que haja perforação do appendice; mas vulgarmente a presença de pús nas falsas membranas que o rodeiam, apparece apóz uma perforação appendicular ao nível das adherencias, que se tenham formado. O volume, e a séde do abcesso são muito variaveis.

Brun, faz notar, que a quantidade de pús nunca está em relação com o estado apparente da tumefacção. O volume é sempre muito maior e isto tem por causa a presença de exsudatos periphericos. O fóco purulento é vulgarmente um, mas não raras vezes, encontram-se mais, como no caso em que ha a coexistencia d'um abcesso pelvico com um abcesso peri-appendicular iliaco, tem por paredes adherencias, cuja resistencia está na razão directa da antiguidade.

Regularmente o appendice está ligado in-

timamente a essas adherencias; casos ha, porém, em que pende livre na cavidade do abcesso.

Nem sempre existe só pús n'esses abcessos. Corpos extranhos emigrando do appendice atravez d'uma perforação, pedaços de parede appendicular esphacelada, e até o proprio appendice amputado expontaneamente, se têm encontrado. Fluctuante, apresenta-se sob a fórma d'um cylindro muito flacido, de côr variavel, desde o esverdeado até ao castanho escuro, com uma ou mais perforações.

Mas nem sempre é facil reconhecê-lo. O seu aspecto ás vezes é tão bizarro, como acontece quando se apresenta sob a fórma d'um simples farrapo, que ha sérias difficuldades no seu reconhecimento.

O que é interessante, é que segundo Roux, a parte que soffreu a amputação expontanea nem sempre está votada á mortificação; para que a mortificação se não dê, basta que o anel que deu origem á amputação esteja situado acima da parte em que a arteria nutritiva chega á parede appendicular, ou que adherencias vasculares se tenham formado capazes de a nutrir.

Não é muito raro, e os jornaes medicos a cada passo o referem, que depois da intervenção operatoria se encontrem nos objectos do penso, corpos extranhos, cuja antecedente

localisação teria sido, sem duvida, o appendice.

II

Peritonites generalisadas

São varios os typos de peritonite generalisada que se pódem observar, dependendo das lesões encontradas. Estas peritonites, pódem resultar da perforação do appendice, antes que adherencias sufficientemente solidas, e portanto sufficientemente protectoras, se tenham podido formar, de fôrma a receber o conteúdo infeccioso, septico, que n'elle existe. Mas para que a peritonite se dê, não é preciso que haja a perforação do appendice; os microbios exaltada a sua virulencia podem atravessar as paredes appendiculares, e provocar quer uma peritonite localisada, quer generalisada.

A ruptura d'um abcesso peri-appendicular dá tambem quando aberto na cavidade peritoneal, origem á peritonite generalisada; finalmente a infecção peritoneal póde dar-se, o que é muito raro, por propagação d'um abcesso peri-appendicular sem ruptura d'esse abcesso.

a) *Peritonite purulenta generalisada.*
—E' caracterisada pela presença de pús na cavidade peritoneal.

Este typo, apresenta ainda duas modalidades anatomicas:

Peritonite suppurada sem adherencias, e peritonite suppurada com adherencias.

Na peritonite, suppurada sem adherencias, o pús encontra-se disseminado em grande quantidade por toda a cavidade peritoneal e um exsudato fibrinoso tapeta as ansas intestinaes distendidas; na peritonite suppurada com adherencias, os focos purulentos são circumscriptos por ellas, ficando assim distinctos, e independentes uns dos outros. As ansas apparecem ligadas entre si, devido ás adherencias.

b) *Peritonite septica diffusa* (septicemia peritoneal de Jalaguier).

N'este typo á abertura do peritoneo não se encontra pús, mas sim um liquido horriavelmente fétido, turvo, accumulando-se nos flancos até abaixo do diaphragma, vindo de toda a parte, sem se achar nunca circumscripto, á falta de adherencias.

N'esse liquido fluctuam as ansas intestinaes, apenas avermelhadas. Esta fórma de peritonite, verdadeira intoxicação peritoneal, liga-se mais ou menos á fórma purulenta, havendo ás vezes o apparecimento de casos mixtos.

A quantidade de liquido formado é geralmente consideravel, e a sua formação costuma

ser muito rapida como se poderá deprehender da seguinte observação de Jalaguier: n'uma creança de 8 annos que elle operou 22 horas depois de começarem os accidentes, o liquido septico encheu por completo o abdomen. «Tratava-se d'uma verdadeira innundação», accrescenta elle.

O exsudato encontrado nem sempre é assim tão abundante. Gutterman, achou duas vezes o liquido intra-peritoneal pouco abundante e d'um aspecto sanguinolento.

Funger, relata um caso em que não encontrou o minimo exsudato.

Esta fórma é a mais grave de todas.

Lesões do tecido cellular sub-peritoneal (para-appendicite)

Geralmente as lesões d'origem appendicular apenas interessam o peritoneo; no entanto, vê-se que o tecido sub-seroso da fossa iliaca póde ser inflammado quer primitivamente, quer consequentemente a uma peritonite enkystada.

Essas lesões, portanto, podem ser primitivas ou secundarias; primitivas se estão directamente ligadas á inflammção do appendice sem participção do peritoneo; o que se póde dar por exemplo, por via lymphatica, e tratando-se então de lymphangites suppuradas.

A's vezes, porém, entre o peritoneo da fossa iliaca, ou entre o peritoneo parietal da parede abdominal e o appendice, formam-se adherencias.

Estas adherencias rompem-se justamente no sitio de contacto, e a inflammacão desistindo da cavidade peritoneal, invade o tecido cellular, constituindo então as lesões secundarias.

E' assim, que certos focos se podem abrir sem penetrar na cavidade abdominal, apezar de já ter dito que taes factos são excepções: o habitual é que o abcesso appendicular, se encontre no peritoneo e não no tecido cellular sub-seroso.

As diferentes fórmulas anatomo-pathologicas a que acabo de me referir, correspondem ás diversas phases porque podem passar as lesões appendiculares, quer se detenham em qualquer momento de sua evoluçãõ, quer continuem evolucionando, até chegarem ao seu terminús, isto é, á peritonite generalizada. Sob este ponto de vista, poderemos então emitir a seguinte classificacão: *a)* appendicite plastica; *b)* appendicite com peri-appendicite plastica; *c)* appendicite com peri-appendicite suppurada circumscripta; *d)* appendicite com peritonite generalizada.

Lesões microscópicas

Costumam os auctores dividir anatomo-pathologicamente em 3, as principaes fórmās de appendicite, a saber:

- a) Fórma catarrhal;
- b) Fórma suppurada-ulcerosa;
- c) Fórma gangrenosa.

E' preciso notar, porém, que não existe verdadeira independencia entre cada uma d'ellas, visto haver fórmās intermediarias que as relacionam entre si.

a) *Fórma catarrhal*—As lesões da appendicite catarrhal pódem ou estar localisadas só em certos focos, ou em toda a extensão do appendice.

A lesão principal, tem a sua séde nos folliculos fechados, mas todas as tunicas são attingidas e infiltradas. Esses folliculos fechados hypertrophiando-se, unem-se, e fórmam uma zona continua, attingindo uma espessura muito maior do que a normal. A rêde de tecido adenoide fica a descoberto, devido a que os folliculos assim hypertrophiados, constituem primeiro uma massa arredondada onde as cellulas lymphaticas um tanto descóradas o deixam vér.

O processo inflammatorio que ataca e rodeia os folliculos, ataca não só o tecido sub-mucoso e os intersticios musculares até ao revestimento peritoneal, mas tambem o chorion da mucosa, onde pôde produzir modificações mais ou menos notaveis.

A' medida que as partes profundas vão sendo lesadas, o mesmo vae succedendo ás glandulas. A's vezes, porém, ha uma folliculite, bastante intensa, e a alteração das glandulas é pouco pronunciada.

O epithelio do revestimento apresenta-se descamado juntamente com as cellulas das glandulas. Segundo, Syredey e Le Roy, a infiltração embryonaria pôde ser tão intensa que todo o vestigio de glandula seja anniquilado, e a luz da cavidade appendicular fique completamente obliterada.

No *tecido cellular sub-mucoso*, ha camadas de cellulas embryonarias, ligadas frequentemente aos vasos que se apresentam dilatados.

Nos *intersticios musculares*, vêm-se tubos de cellulas migradoras, accumuladas por vezes ao nivel dos capillares sanguineos, ou dos capillares lymphaticos. O processo inflammatorio quando é propagado por via lymphatica, apparece nitido e constante na periphéria do appendice, sob a fórma de vasos lymphaticos engorgitados por lymphocitos; ou apparece

então, sob a fórma de pequenos focos inflammatorios situados contra o appendice, no tecido sub-peritoneal.

A *camada muscular*, ou se conserva normal, ou então hypertrophia-se. A superficie do appendice póde ser a séde d'uma congestão mais ou menos intensa.

Lymphangites, e dilatações vasculares no meso-appendice são constantes.

b) *Fórma suppurada-ulcerosa*. — Os productos segregados pelos microbios, juntos talvez a uma obliteração dos vasos devido á hyperleucocytose, são os factores primordiales n'esta fórma. As lesões, são de extensão e intensidade variaveis. Os focos de suppuração pódem interessar quer a parte superficial da mucosa, quer os folliculos hypertrophiados, quer ainda a zona sub-peritoneal, como se vê depois d'um córte transversal. Os focos que interessam a parte superficial da mucosa são visiveis a olho nú, sob a fórma de manchas amarelladas, opacas, rodeadas de zonas ecchy-moticas. Depois cava-se a ulceração. Essa ulceração teria, segundo Pilliet e Costes, o folliculo fechado por ponto de partida. Ao principio, apenas se vêm necrosadas as suas cellulas centraes, mas depois apparece no centro a suppuração, ataca a parte profunda do choriom, e destruindo a camada superficial, vem

abrir-se na luz do canal do appendice. Ao longo das fendas lymphaticas intra-musculares, e dos vasos lymphaticos, correm as emigrações microbianas e leucocyticas, (Lymphangite terebrante de Letulle) determinando sob o peritoneo, aglutinados de cellulas embryonarias; estas cellulas primeiro limitadas na visinhança dos pequenos vasos, accumulam-se sob a fórma de abcessos miliares, que evolucionando podem ser vistos a olho nú.

Esta fórma é muitas vezes a terminação da antecedente.

c) *Fórma gangrenosa.* — Segundo Letulle, é muito mais raro que esta fórma seja causada pela simples ulceração, do que por uma infecção necrosante.

Jalaguier diz a seu respeito o seguinte: «Les faits que j'ai observés me portent á penser, sans que je puisse en fournir la preuve, qu'il s'agit lá d'une infection d'une nature speciale, produite sans doute par des microbes doués d'une virulence particulaire.»

Não ha duvida que as fórmas que precedentemente estudamos possam ter por terminús a fórma gangrenosa. Jalaguier porém, affirma, que não são raras as fórmas gangrenosas em que a infecção necrosante se installa de principio com o seu character especifico. A gangrena o mais das vezes é parcial; mas

casos ha, em que todo o appendice até á sua implantação no cœcum é atacado e destruido.

As gangrenas parciaes são caracterisadas por placas bronzeadas, escuras, mas especialmente de côr de folha morta. Têm a sua séde de preferencia na visinhança da extremidade appendicular, n'uma extensão muito variavel.

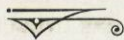
O limite que separa a parte esphacelada da parte sã, é nitidamente visivel.

D) Bacteriologia

Os abcessos peri-appendiculares são ferteis em microbios.

O bacillo coli e o streptococcus, são as duas especies microbianas que se encontram em maior abundancia; mas com essas, veem-se muitas vezes o staphylococcus, o pneumococcus, etc.

Nas appendicites gangrenosas, o coli-bacillo e o streptococcus parecem não ser os unicos agentes. Todas as consequencias e symptomas que se notam n'essa fôrma d'appendicite, seriam devidos á presença de microbios anaerobios, ainda mal conhecidos, e que se encontram sempre nas collecções peri-appendiculares.



CAPITULO II

Etiologia e pathogenia



A) ETIOLOGIA

A) Causas predisponentes

Aqui temos α entrar em linha de conta com: *a*) a idade; *b*) o sexo; *c*) a hereditariedade; *d*) o mau estado do tubo digestivo; *e*) as doenças infecciosas; *f*) certas disposições anatomicas especiaes; *g*) a existencia d'uma crise anterior; *h*) a gravidez *i*) e a raça.

a) *Idade*. — Ninguem negará por certo, que a maior frequencia da appendicite aguda

se observa sobretudo nas creanças. Basta compulsar as estatísticas para vêr que todas são concordes em o affirmar:

Assim, a estatística apresentada por Brun, sobre 45 casos, distribue-se da seguinte fórma.

Idades	Casos
De 1 a 5 annos . .	3 casos
» 5 a 10 » . .	20 »
» 10 a 15 » . .	22 »
	<hr/> 45 »

A de Jalaguier, diz-nos a seguinte:

Idades	Casos
De 1 a 5 annos . .	4 casos
» 5 a 10 » . .	42 »
» 10 a 15 » . .	64 »
» 15 a 20 » . .	25 »
» 20 a 30 » . .	22 »
» 30 a 40 » . .	13 »
» 40 a 50 » . .	8 »
» 50 a 60 » . .	3 »
» 60 a 70 » . .	1 »
	<hr/> 182 »

Pelo visto, podemos concluir que a appendicite é sobretudo frequente na segunda infancia e na adolescencia.

b) *Sexo*. — Está provado que a appendicite é mais frequente no homem do que na mulher. A estatística a que atraz me refiro, de Jalaguier, sobre 182 casos, desdobra-se em 112 para o sexo masculino, e 70 para o feminino.

c) *Hereditieriedade*. — Roux, diz que segundo a sua experiencia lhe tem ensinado, 40 por cento das pessoas atacadas de appendicite, apresentam antecedentes hereditarios suspeitos.

Esses antecedentes não se referem á propria appendicite.

O que se torna hereditario não é a doença, é a *tendencia* para ella. Estão n'este caso os obesos, os gottosos, os diabeticos, os lithisiacos, emfim os arthriticos.

Dieulafoy, invocando o arthritismo, diz que a appendicite n'este caso é devida á lithiasse appendicular, a que elle dá origem.

d) *Mau estado do tubo digestivo*. — Encontram-se ás vezes doentes atacados de appendicite, cujo apparelho gastro-intestinal, funcionava mal. A alimentação excessiva, ou indigesta, a má mastigação dos alimentos, parecem predispôr para essa affecção.

Broca, Reclus, Walther, Jalaguier e outros, criminam sobretudo a enterite chronica,

e a colite muco-membranosa como factores predisponentes de grande importancia.

Dieulafoy, nega que seja assim. E para reforçar o seu modo de pensar recorre ao testemunho de Bottentuit, que durante 20 annos em Plombières viu 460 doentes atacados de colite muco-membranosa, não lhe constando que nenhum d'elles fosse atacado de appendicite.

D'onde conclue dizendo: «Tel est le fait clinique; et pour si étrange, pour si paradoxal, que paraisse ce fait, car j'en suis moi-même surpris, il faut pas moins l'admettre, car rien n'est plus brutal qu'un fait».

Apesar d'isto, parece fóra de duvida que o mau estado do tubo digestivo, é uma das causas e até vulgar, da appendicite.

e) *As doenças infecciosas.* — Vê-se ás vezes no decurso d'uma doença infecciosa e especialmente na sua convalescença, rebentar uma crise de appendicite. A gripe parece representar um papel primordial n'este caso, como se viu depois da ultima epidemia grippal em Paris.

f) *Certas disposições anatomicas especiaes.* — Apesar de negada por Clado e posta em duvida por alguns auctores, a valvula de Gerlach é acceite pela grande maioria. A sua

insufficiencia ou a sua ausencia, podem ser causas predisponentes. O comprimento exagerado do appendice, ou a sua posição viciosa, podem ser tambem, ainda que d'uma fôrma um tanto secundaria, causas predisponentes para uma crise.

g) *Existencia d'uma crise anterior.* —

A existencia d'uma crise anterior d'appendicite, é uma das causas mais frisanter e mais communs. Quer porque as causas predisponentes d'essa crise não tenham desaparecido, continuando portanto, a provocar uma nova; quer porque a primeira tenha deixado lesões taes, que explicam a facilidade da recahida.

h) *A gravidez.* — A gravidez parece não ser extranha ao apparecimento da appendicite.

Ou a appendicite se declara no seu decurso ou uma mulher grávida tendo tido já uma, ou varias crises appendiculares.

No primeiro caso, não é facil a explicação, a não ser partindo da hypothese de que o appendice estivesse já tocado, e que a influencia das congestões activas dos órgãos da bacia, que apparece sempre, se fizesse sentir inflammando-o. Dieulafoy, a este respeito lembra que a lithiase appendicular não será extranha ao apparecimento da appendicite que pela pri-

meira vez se desenvolve nas mulheres grávidas.

A gravidez pôde complicar-se com a appendicite em todos os seus periodos, e o seu prognostico, não é de extrema gravidade. A este respeito publico uma observação, devido á muita amabilidade do Ex.^{mo} Snr. Dr. J. Franchini.

i) *Raça*. — Parece que é entre os inglezes e depois entre os americanos que mais casos de appendicite se encontram; em seguida vem os allemães e depois os suissos. Essa frequencia maior de ataques appendiculares, parece estar relacionada com a fórma de alimentação. Talamon, diz que n'este caso o modo d'alimentação actuaría antes sobre o intestino grosso, provocando colites chronicas, e que por intermedio d'esta irritação chronica é que o appendice seria attingido.

B) Causas occasionaes

As causas occasionaes nem sempre são fa-
ceis de apanhar; não obstante, algumas ha,
que parecem não admittir duvidas.

a) *A indigestão*, ou as refeições muito copiosas, são incriminadas. Monod e Vanverts

são de opinião que em grande parte os vomitos attribuidos á indigestão, não são mais do que a primeira manifestação da crise appendicular. Jalaguier faz notar, que tanto a ingestão de morangos como a absorpção de bebidas geladas, se acham registradas como causa occasional, em muitas das suas observações.

b) *O resfriamento*, especialmente depois das refeições.

c) *Os traumatismos*, ou os *exercicios violentos*. A esse respeito, Rendu cita o caso de terem sido atacadas de phenomenos appendiculares duas raparigas depois de terem passado uma tarde inteira a saltar na corda. Monod e Vanverts, tambem citam o facto d'um rapaz que no decorrer de exercicios gymnasticos violentos, se sentiu atacado subitamente d'uma dôr no lado direito do ventre. Chamado o cirurgião, diagnosticou uma ruptura muscular e quando reconheceu o erro, uma peritonite generalisada acabava de apparecer.

Essa peritonite, causadora da morte, era de origem appendicular.

Mas, para que estes dois factores, traumatismos e exercicios violentos, produzam o seu effeito, é preciso que o orgão esteja já doente; d'outra fórmula o seu mechanismo é impossivel de explicar.

d) *A menstruação*, tendo por effeito congestionar os órgãos pelvicos, parece ter tambem acção sobre a producção da appendicite.

e) *Os Corpos extranhos*, finalmente, que tem sido encontrados no appendice. A pag. 14, já expuz a sua classificação.

Esses corpos extranhos, que diga-se de passagem, a não ser os calculos, raras vezes se encontram dentro da cavidade appendicular, actuam favorecendo a infecção, por traumatismo da mucosa.

Os que vulgarmente se encontram, e os unicos que Dieulafoy admite para a genese da appendicite, são, como disse, os calculos appendiculares formados *in loco*, a cuja composição já atraz tambem me referi.

Estes calculos constituidos por um nucleo, á roda do qual se vão depositando camadas excentricas d'uma regularidade maior ou menor, foram bem estudados por M. Rochaz. Comparando a sua formação lenta com a formação dos calculos biliarees, Dieulafoy propoz a denominação de *lithiase appendicular*, para a genese dos calculos appendiculares.

A sua presença na cavidade do appendice colloca-o em condições de pouca resistencia, quer em virtude da inflammação chronica

a que dão lugar, quer favorecendo a infecção fechando o canal appendicular.

B) PATHOGENIA

Varias theorias se tem succedido para explicar a pathogenia da appendicite. Discussões sobre discussões tem havido sobre este assumpto, sem que o modo de vêr d'aquelles que se tem empenhado n'este estudo, tenha chegado a accordo.

Algumas theorias appareceram que, por estarem completamente abandonadas, não citarei.

No entanto, uma ha, que no tempo em que foi emittida marcou um grande avanço, um grande progresso, no estudo pathogenico da appendicite. Refiro-me á theoria de Talamon, apresentada pelo seu auctor em 1882.

Pretendendo acabar com as velhas theorias da typhlite, Talamon apresentou a sua theoria pathogenica da appendicite — a *theoria por corpo extranho*, ou *do vaso fechado*.

Este corpo extranho, ou vinha do exterior, ou então era constituido no cœcum, por materias stercoraes (scybalas).

Em virtude d'uma contracção intempestiva do cœcum, esse corpo penetraria no appendice, e ahi, ou ficaria livre, ou se en-

cravaria de encontro ás paredes appendiculares. No primeiro caso, podia voltar de novo para o cœcum em virtude de contracções reflexas. No segundo, a obliteração daria como resultado uma accumulacção dos productos segregados pelas glandulas da mucosa e a distensão do appendice, ficando assim em pessimas condições. A circulação sem poder fazer-se, as paredes comprimidas se os microbios que se encontravam abaixo do corpo extranho pullulando; inoffensivos até então em face da mucosa sã, agora, em presença de elementos aos quaes uma má e insufficiente irrigação collocava nas mais fracas e desfavoraveis condições, tornavam-se aggressivos, destruindo e ulcerando as paredes appendiculares, chegando ao peritoneo atravez d'uma ou mais perforações.

Esta theoria, hoje sem adeptos, mas no seu tempo brillantemente defendida por Talamon, teve o grande merecimento de mostrar quão preponderante era o papel desempenhado pelos microbios, papel esse até ahi completamente ignorado.

Rochaz, foi um dos que mais concorreu para lhe dar o golpe mortal.

No momento actual duas são as theorias que se degladiam, que se encontram frente a frente. A da *cavidade fechada*, emittida por

Dieulafoy, e a da *infecção*, emittida por Laveran e Poncet.

Na primeira, a oclusão da cavidade appendicular é a condição, *sine qua non*, para a infecção.

Na segunda, essa disposição anatomica não é precisa, e a infecção póde dar-se perfeitamente sem tal condição.

THEORIA DA CAVIDADE FECHADA (Dieulafoy).

— Esta theoria resume-a o seu auctor no seguinte — «A appendicite, ou se se prefere, os accidentes appendiculares e accidentes peritoneaes, resultam da transformação d'uma parte do canal appendicular n'uma cavidade fechada, na qual se elabora um fóco de infecção e de intoxicação, devido á exaltação da virulencia dos microbios feitos prisioneiros» — São tres os mecanismos que pôdem transformar a cavidade appendicular em cavidade fechada.

Eil-os:

1.º Um calculo appendicular, pelo seu crescimento progressivo, póde obliterar o canal n'um ponto do seu trajecto; a parte do canal sub-jacente á obliteração é assim transformada em cavidade fechada.

Temos então a appendicite calculosa.

2.º As paredes do canal appendicular, quer distendidas por uma tumefação de mucosa, quer retrahidas por um processo fibroide

chronico, podem chegar a obliterar o canal n'uma parte do seu trajecto; a parte sub-jacente á obliteração, é assim transformada em cavidade fechada.

Temos então a appendicite obliterante.

3.º Uma flexão, uma torção, um enovelamento ou um estrangulamento do appendice pódem obliterar o canal appendicular; a porção sub-jacente a essa flexão, a essa torção, a esse enovelamento ou a esse estrangulamento, é assim transformada em cavidade fechada.

O facto essencial, o facto indispensavel para Dieulafoy, sem o qual não póde haver appendicite, *o facto que domina toda a sua historia*, é que a parte do canal appendicular sub-jacente á obliteração, seja transformada n'uma cavidade fechada.

Os microbios que normalmente se encontram no intestino, sendo inoffensivos no estado livre, vendo-se presos, exaltam a sua virulencia e um fóco de poly-infecção se fórma, sendo os agentes principaes o coli-bacillo e o streptococcus. Desde então, a crise appendicular está estabelecida.

Factos experimentaes e dados clinicos, citados por Dieulafoy, confirmam esta maneira de vêr. Clado, em 1889 apresentou ao congresso de cirurgia um trabalho clinico e experimental em que mostrava que os microbios

do intestino estrangulado penetram no sacco herniario desde o dia seguinte ao do estrangulamento, sem que haja perforação do intestino. Klecki, com todas as precauções, antisepticas estrangula por meio d'anneis de caoutchouc uma ansa intestinal d'um cão. Um ou dois dias depois, o cão ou morre ou é sacrificado; examinando, com todo o cuidado, vê que a ansa estrangulada, não se encontra perforada, e apezar d'isso deu logar a uma peritonite. Transformada assim em cavidade fechada, a ansa intestinal, produz-se uma grande pululação dos microbios normaes do intestino e uma forte exaltação da sua virulencia. Assim transformados, esses microbios podem atravessar as suas paredes e dar origem a uma peritonite. Roger e Jesué fazem a laqueação aseptica do appendice no coelho, poupando os vasos. Passado algum tempo o animal é sacrificado e constata-se que a parte sub-jacente á laqueação se acha transformada n'uma cavidade purulenta. Rouville pôde provocar a appendicite experimental, ligando o appendice com um fio de sêda aseptico, transformando-o assim d'uma cavidade suppurada.

Foi n'estes factos, sem duvida d'um grande valor, que Dieulafoy se inspirou para emitir a sua theoria.

Agora passemos a descrever a sua rival.

THEORIA DA INFECCÃO — N'esta theoria, a infecção é o ponto primordial, o indispensavel; a transformação em cavidade fechada não passa d'um accidente secundario, que ás vezes apparece, mas que de fórma alguma é necessario para a evolução da appendicite.

Esta theoria foi apresentada á Academia de Medicina por Poncet e Laveran, em 1896.

A infecção póde ser feita, quer por via intestinal, quer por via sanguinea.

A infecção appendicular e a sua inflamação, diz Jalaguier, defensor acerrimo d'esta theoria, póde ser o resultado da propagação d'uma infecção intestinal.

A estrutura do appendice, a sua riqueza em folliculos fechados, junta á sua fórma, um canal longo e em fundo de sacco, explicam como uma vez infectada se não póde livrar dos agentes infecciosos.

A sua posição em declive, a sua flexão, torção e apertos, fazem d'elle um logar propicio, para a estagnação, com todas as suas terribes consequencias.

A colite, a enterocolite, a colite mucomembranosa, a atonia intestinal e certos estados dyspepticos mal definidos, são accusados de propagarem a infecção ao appendice, dando assim origem á crise appendicular.

A theoria da infecção por via sanguinea, foi emittida por Bland Sutton e Sutherland.

Feito o parallelo entre a amygdala e o appendice, notaram que a inflamação e a suppuração apresentavam as mesmas particularidades n'estes dois órgãos, e concluíram, que como a amygdala, o appendice podia inflammarse quer por propagação d'uma infecção visinha, quer por localisação d'uma infecção geral. Ainda como a amygdala, o appendice uma vez infectado guarda a recordação d'essa infecção, tornando-se um *locus minoris resistentie*, prestes a accordar a infecção primitiva, mal extincta, ou prompto a receber a visita d'uma nova.

Pondo de parte a causa, os micro-organismos tornados virulentos pódem atravessar a parede appendicular; atravessada esta, chegam ao peritoneo e segundo ha adherencias ou não, assim vão provocar uma peritonite localisada ou generalisada.

Jalaguier, apresenta varias observações para lhe dar força; para não alongar muito este trabalho, que nem por sombras tem pretensões a ser completo, transcreverei apenas uma que me pareceu servir-lhe de grande argumento. — «Uma creança de 8 annos, soffrendo ha 3 semanas d'uma erupção furunculosa dos membros inferiores, é atacada de appendicite com phenomenos muito attenuados peritoneacs, mas accidentes infecciosos graves: lingua secca, frequencia de pulso, tem-

peratura não passando, 37°, 37,5. Opera-a, e encontra em pleno peritoneo, no centro d'uma massa de adherencias, por baixo e por traz do cœcum, um pequeno fóco contendo pouco mais ou menos uma colher de pús amarello, sem cheiro. O exame bacteriologico praticado por Constensoux no laboratorio de Netter, mostra que o pús continha staphylococcus, alguns streptococcus e nenhuma fórma bacillar.

E' verosimil que se tratasse d'uma infecção d'origem furunculosa, sem intervenção d'uma infecção intestinal: «A conclusão é facil de tirar».

São estas duas theorias as que hoje em dia correm mundo.

A theoria da cavidade fechada parece-me demasiado exclusivista. Assentando sobre factos de valor e de verdade incontestaveis, Dieulafoy é demasiadamente intransigente, parece-me, quando não admite appendicites sem a obliteração prévia de toda ou parte da cavidade appendicular.

Roux, que é incontestavelmente uma auctoridade n'este assumpto, responde a Dieulafoy apresentando-lhe a estatistica seguinte: n'uma serie de 40 appendices resecados, 21 estavam sem a minima obliteração.

Jalaguier, Brun, Walter, Poncet, Broca e outros, apresentam estatisticas do mesmo theor.

Jalaguier, conta que tem observado varias vezes appendices obliterados apenas na sua extremidade terminal, estando o resto perfeitamente permeavel e em livre communicação com o cœcum; e a histologia tem-lhe demonstrado lesões características da appendicite aguda, em toda a extensão das paredes do appendice, cujo canal fica permeavel.

A theoria da infecção parece-me pois mais racional.

Não quero com isto dizer que a theoria de Dieulafoy não seja destituida d'um cunho de veracidade, porque a tem; o que a encontro é insufficiente para a explicação de factos patentes, de casos d'appendicite aguda operados nas primeiras horas depois de ter rebentado a crise, e em que o appendice se tem encontrado perfeitamente permeavel.

Poncet cita mesmo uma observação em que a perforação do appendice tinha a sua séde *acima* do ponto apertado. Como invocar aqui o mecanismo da cavidade fechada?

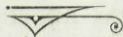
Pelo que deixo exposto, pôde concluir-se que a pathogenia da appendicite ainda não está perfeitamente elucidada e que a esse respeito as discussões estão longe de findar.

Reclus, com um intuito conciliatorio talvez, propoz uma theoria geral applicavel a todos os casos, sob o ponto de vista da sua origem. Divide as appendicites em 3 variedades:

1.º Appendicites de causas locais, provocadas pela presença de corpos estranhos; ou ainda por estrangulamento, torção ou stenose.

2.º Appendicites provenientes d'uma inflammation intestinal propagada ao appendice.

3.º Appendicites de causa geral consequentes a uma febre eruptiva, a uma grippe, a uma amygdalite, etc.



CAPITULO III

Descripção clinica

A) Symptomatologia

Desde o inicio insidioso sem a menor gravidade apparente, até ao começo tragico, altamente febril e doloroso, todas as phases intermediarias se encontram na appendicite.

Doença essencialmente toxi-infecciosa, apparece quasi sempre bruscamente no decorrer d'uma excellente saude, pelo menos apparente. Os prodromos, se os ha, passam geralmente desapercibidos. No entanto, J. Simon diz, que se se procurar bem nos antecedentes dos doentes, muitas vezes vão-se encontrar perturbações digestivas, taes como dyspepsias recentes ou antigas, enterites, lithiase, constipação ou diarrhêa, perturbações essas que constituem nada menos do que a guarda avançada da crise appendicular.

Costuma-se, debaixo do ponto de vista

symptomatologico dividir em duas, as fórmas que a appendicite geralmente reveste: fórma benigna e fórma grave.

A fórma benigna é caracterisada pela pequena gravidade dos seus symptomas, correspondendo á *colica appendicular* de Talamon. Fique dito porém, que esta denominação serve apenas para nos dar a ideia da brusca apparição e rapido desaparecimento da crise, e nada mais. A maneira como Talamon explicava essas crises appendiculares benignas, dizendo-as devidas á entrada no appendice de scybalas formadas no cœcum provocando assim a sua contracção espasmodica e dolorosa, cessando quando voltavam de novo para o seu ponto de partida, hoje em dia, está completamente posta de parte.

Actualmente, é doutrina accete que os calculos que frequentemente se encontrem na cavidade appendicular, é n'essa cavidade que são formados.

Dôr na fossa iliaca direita, nauseas, ás vezes vomitos, um pequenissimo movimento febril, que nem sempre existe, tudo isto de curta duração, tudo isto passageiro, não durando mais de 36 ou 48 horas, caracterisam essas fórmas benignas. A's vezes apparece tambem um empastamento profundo, denunciado, pela palpação, mas rapidamente tudo entra no seu curso normal.

Nas fórmas graves o quadro symptomatico apparece mais sombriamente colorido. O character passageiro é substituido pelo persistente.

A dôr ás vezes intensissima, irradia para todo o abdomem, a temperatura mantem-se entre 38° e 39°,5, os vomitos persistem e a constipação é absoluta. A tumefação iliaca augmenta e torna-se cada vez mais dolorosa á pressão, evidenciando assim a presença, ou a formação d'uma collecção purulenta.

Como vemos d'este rapido esboço da symptomatologia geral da appendicite aguda, ha um symptoma que predomina sempre, que nunca falta: é a dôr. Essa dôr que geralmente não adquire logo de principio toda a sua intensidade, predomina na fossa iliaca direita; e pela pressão exercida no ponto de Mac-Burney podemos fazer com que ella adquira toda a sua intensidade, exaltar a sua violencia. E' preciso pois nunca esquecer a sua verificação n'esse ponto.

Diz L. Galliard—«Les lésions de l'appendice ne se trahissent que par un symptôme personnel — la douleur».

E' pois um symptoma muito importante e sempre constante, seja qual fór a fórma da appendicite.

Dieulafoy, deu o nome de triade dolorosa, ao conjuncto de 3 symptomas que são nota-

veis pela sua persistencia em toda e qualquer crise appendicular. São elles — a dôr, a defeza muscular e a hypersthesia cutanea.

Da dôr já fallamos; occupemos-nos agora dos restantes. A defeza muscular consiste na contracção dos musculos sub-jacentes ao ponto doloroso; a esse nivel os musculos retezam-se, tornam-se duros, tão duros ás vezes, que impedem a exploração de fossa iliaca. E' um symptoma muito constante.

A hypersthesia cutanea, consiste n'um augmento consideravel de sensibilidade ao nivel da região appendicular quando se passa levemente o dedo pela pelle, podendo-se assim provocar phenomenos reflexos dolorosos dos musculos sub-jacentes. Dieulafoy recommenda insistentemente que nunca se deixe de procurar esta triade dolorosa, em virtude dos bons serviços que póde prestar.

Outros symptomas taes como os vomitos, nauseas, a febre, a constipação e a diarrhêa, são já mais inconstantes, mas em geral encontram-se na sua grande maioria.

Ahi fica esboçada levemente a symptomatologia geral da appendicite.

Vamos porém particularisal-a um pouco mais, servindo-nos para isso d'uma divisão baseada na sua evolução e na anatomia-pathologica. E' a seguinte:

- a) Appendicite simples ou com peri-appendicite.
- b) Peri-appendicite suppurada.
- c) Peritonite generalisada.

I

Peritonites localisadas

a) *Appendicite simples, não suppurada, com peritonite circumscripta e adherencias.*—O inicio é algumas vezes precedido de prodromos; outras vezes é uma doença infecciosa como a grippe, o sarampo, etc., que vem abrir a porta á crise appendicular.

O doente póde começar por sentir dias antes uma sensação de pezo, de mau estar no abdomen e em especial na fossa iliaca direita. Mas geralmente tal não succede, e a apparição é brusca, repentina, principiando pela presença d'uma dôr ás vezes muito intensa a que Roux chamou «coup de pistolet», e que quasi sempre é seguida de vomitos ou dejecções diarrheicas. Sem localisação exacta, póde irradiar para todo o abdomen, para a virilha, para o testiculo e para o membro inferior, tornando assim difficeis e penosos os movimentos. Mas procurando bem, usando de uma pressão prudente, consegue-se localisar a sua intensidade maxima no ponto de Mac-Burney. (Dieulafoy).

A hypersthesia cutanea apparece então, assim como a defeza muscular; o ventre abaúla-se mais ou menos, o facies transtorna-se, os olhos encovam-se, um sombreado escuro rodeia-os, o nariz affila-se e a palidez torna-se intensa.

Signaes physicos.—Nem sempre é facil a exploração da fossa iliaca devido isso á defeza muscular. A exploração, que é muito penosa para o doente, deve ser feita com cuidado methodica e lentamente; quasi nunca dá, especialmente no inicio da doença, informes de grande valor. No entanto, ás vezes reconhece-se a presença d'uma tumefação iliaca profunda, retro-parietal, de contornos pouco nitidos e de dureza variavel.

Pouco a pouco, passadas 24 a 48 horas depois do inicio da inflammção peri-appendicular, a tumefação vae-se apresentando mais nitida, dando então a sensação d'um *plastron* applicado por traz da parede abdominal e cuja grandeza é variavel.

«O *plastron* é pathognomonicos da appendicite com peritonite localisada. E' a consequencia da inflammção adhesiva das superficies serosas contiguas, peritoneo, épiploon, peritoneo parietal e sem duvida nenhuma, tambem da contracção defensiva dos musculos a esse nivel», diz Jalaguier. Segundo Monod e Vanverts, a investigação da tumefação iliaca tem uma

importancia tal para o diagnostico e para o tratamento, que se está auctorisado a fazer adormecer o doente para proceder a tal exploração.

Ainda que muito excepcionalmente tem-se encontrado pela palpação um pequeno tumor da grossura do dedo minimo, mais ou menos arredondado, de eixo parallello ao ligamento de Poupart, e que para alguns auctores parece ser o appendice inflammado e distendido, ou tornado mais espesso pelos exsudatos plasticos que o rodeiam.

Jalaguier a este respeito, diz que raras vezes o tem sentido nitidamente, e que lhe parece que se toma frequentemente pelo appendice um grupo de feixes musculares contracturados, pertencendo ao pequeno obliquo ou ao transverso.

Pelos bons serviços que nos tem prestado ha um meio de investigação que nunca deve deixar de se pôr em pratica:—é o toque rectal.

Por elle podemos encontrar empastamentos peri-appendiculares, que não seriam nunca apreciaveis pela palpação, e ainda ampliar os conhecimentos que esta nos dê, taes como a sua extensão e as suas relações.

Pela percussão, ao principio nada se nota de extraordinario. Mais tarde porém, apparece uma zona de som sub-baço, som esse, que está

em relação com a umefacção que pela palpação e pelo toque constatamos, e que é devido á presença de exsudatos.

Symptomas geraes. — N'este ponto temos de entrar em linha de conta em primeiro lugar com a temperatura, que se póde elevar de 38° a 39°,5 e que ainda que de menor intensidade raras vezes deixa de apparecer; depois com o pulso que se apresenta frequente, a 100 e 120 pulsações, mas cheio, regular, correspondendo ao augmento da temperatura.

A constipação é completa; raras vezes é substituida pela diarrhêa, o que no entanto, póde acontecer. A anorexia é constante e a lingua apresenta-se humida e saburrosa.

Evolução e modos de terminação. — De duas fórmas póde acabar a crise appendicular de que nos occupamos: ou resolvendo, ou suppurando. A resolução annuncia-se pela queda dos symptomas mais caracteristicos; a dôr accalma, a temperatura desce á normal, o doente expelle gazes pelo anus terminando assim a constipação absoluta, os vomitos cessam por completo, e a lingua torna-se limpa.

A parede abdominal retoma a sua flacidez normal, o plastron vae-se apertando dia a dia, e a induração reduz-se a uma massa profunda collada á fossa iliaca (Jalaguier). Dentro de 15 a 25 dias tudo desaparece.

Este modo de terminação é bastante fre-

quente; ás vezes porém, não succede assim e então estamos cahidos na fórma seguinte:

b) *Peri-appendicite suppurada*. — Os symptomas n'esta segunda fórma não são ao principio clinicamente distinctos dos da precedente. O quadro symptomatico é essencialmente o mesmo, apesar de anatomicamente haver differenças.

Ainda assim, alguns signaes ha, que nos podem advertir da presença do pús.

Examinando os signaes locaes, attentando nos phenomenos geraes, merecem particular attenção o pulso e a temperatura.

Na fórma precedente, durante o periodo de estado, a temperatura oscilla entre 38° e 39°,5 com remissão de manhã, sem tendencia a subir, ficando o pulso proporcional á temperatura. Porém quando apparece a supuração, nota-se a partir do 2.º ou 3.º dia um avanço na curva da temperatura, que tende para 40.º

Outras vezes, diz Jalaguier, o estado local não se modificando, assiste-se pelo 4.º ou 5.º dia, a uma defervescencia thermica, mas sem abaixamento proporcional do numero de pulsações.

Emfim, a inspecção do doente, tambem nos póde fornecer dados de que podemos tirar conclusões a favor da presença do pús.—O aspe-

cto geral—a respiração—o estado d'anciedade —a alteração do facies são detalhes que devem chamar a escriptulosa attenção do medico.

Roux, refere-se á mudança de consistencia do plastron, que á palpação daria a sensação de cartão molhado. Jalaguier a esse respeito confessa que ao contrario do que affirma Roux, sempre que interveio cêdo o plastron parecia duro e resistente; Dieulafoy, discorda tambem da opinião de Roux.

A' percussão nota-se uma zona de um som baço que é substituida por uma outra de som clara, quando o fóco é retro-cœcal. Os gazes derramados no fóco peri-appendicular através d'uma perforação dão origem a uma sonoriidade exaggerada, superficial.

A pesquisa da fluctuação pouco nos dará a principio; e quando se fizer é preciso ter sempre em mente que feita imprudentemente póde dar origem á ruptura de adherencias em que a collecção se achava enkystada, e dar assim origem a gravissimos accidentes.

Na Allemanha, ha quem faça a punecção exploradora como meio de diagnose. Roux declara essa pratica perigosa e pouco util.

E' bem de vêr a grande importancia que tem o reconhecimento precoce do pús, sob o ponto de vista therapeutico.

Ha no entanto um processo relativamente

pouco vulgarisado ainda entre nós, que me parece poder prestar-nos relevantes serviços; refiro-me ao exame do sangue.

A base d'esse processo é a seguinte: desde o momento em que uma collecção circumscripta, se manifesta consecutivamente a inflamações agudas, ha sempre um augmento do numero de leucocyts do sangue (Hayem).

Sabendo nós que no homem adulto, por exemplo, o numero dos globulos braucos oscilla entre 7:500 (Malassez) e 11:000 (Wassermann). Tomando a média podemos dizer, que sempre que o numero de globulos brancos exceder 10:000 por milimetro cubico, ha hyperleucocytose. Note-se porém, que este augmento de globulos, existe immediatamente desde o começo da appendicite, sem que ainda haja abcesso collectado; esse augmento no entanto, é passageiro, estando em relação com a reacção peritoneal.

Curschmann mostrou que a tara loucoytaria póde elevar-se de 11:000 a 15:000 no começo das crises que devem terminar pela resolução. Estes resultados, concordam plenamente com os resultados experimentaes publicados por Schultz. Segundo este, a simples irritação do peritoneo por uma incisão aseptica da linha branca, e fechada immediatamente, dá origem a um augmento de globulos brancos, ás vezes enorme, attendendo a que encontrou já 54:000 por millimetro cubico.

A numeração dos globulos de nada nos pôde pois servir na appendicite que começa, e só numerações repetidas com cuidado, pela manhã e á noite, é que podem mostrar qual a tendencia que essa appendicite apresenta: se resolverá, ou se suppurará. D'um modo geral, M. Cazin e L. Gros, dizem que nas fórmias benignas terminando pela resolução a tara leucocytaria não passa de 20 a 25:000. Em 17 observações que reuniram terminando pela resolução, só 6 vezes a tara leucocytaria não tinha passado de 15:000; 2 vezes 15:400; 6 vezes de 18 a 20:000 e 3 vezes entre 20:200 e 22:900. Mas nunca foi observada em duas numerações successivas; a quêda dá-se de 18 ~~e~~ de 20:000, a 10 e 12:000, no dia seguinte.

Para Wassermann, a hyperleucocytose persistente seria pathognomonica da formação de um abcesso, o que representa, segundo elle, um progresso incalculavel, visto que até hoje a presença d'uma collecção suppurada não podia ser nitidamente affirmada.

Os quadros seguintes, que pertencem a Curschmann, e citados por Cazin e Gros fornecem-nos bons exemplos:

1.º Appendicite suppurada operada ao 3.º dia, em virtude dos resultados obtidos pelo exame do sangue e dando em resultado a evacuação de meio litro de pús fétido:

Numeração dos globulos

2.º dia	—	25.800 leuc. por mm cub.	Temp. 38º,4
3.º »	{ M —	26.600 » » » »	» 38º,2
	{ Oper.		
	{ T —	24.000 » » » »	» 40º,1
4.º »	—	16.400 » » » »	» 36º,9
5.º »	—	8.000 » » » »	» 36º,6
6.º »	—	9.200 » » » »	» 36º,3

2.º Appendicite operada só ao 8.º dia de doença, apesar da elevação da tára leucocyttaria, que constatada desde o 5.º dia não cessou d'augmentar, ainda que a temperatura fosse relativamente baixa — Evacuação d'uma grande quantidade de pús.

Numeração dos globulos

3.º dia	—	8.350 leuc. por mm cub.	Temp. 39º,4
4.º »	—	10.200 » » » »	» 39º
5.º »	—	26.250 » » » »	» 38º,3
6.º »	—	29.000 » » » »	» 38º
7.º »	—	34.000 » » » »	» 38º,2
8.º »	—	39.000 » » » »	» 38º,3

Casin et Gros, contam que viram uma creança de 15 annos, no começo do 3.º dia de sua appendicite com 40º e 80 puls. sómente; praticada a numeração dos globulos brancos, acharam apenas 8.500. Ao 5.º dia a febre diminuiu, o estado geral era excelente, mas feito o exame do sangue 48 horas mais tarde, contaram-se 31.000 leucocyts por millimetro cubico, temp. 37º,6, puls. 80,

um pouco de empastamento na fossa iliaca e defeza muscular moderada. Em virtude da hyperleucocytose a doente foi operada immediatamente e achado um abcesso retro-coecal do volume d'um ovo de gallinha que foi evacuado. A cura fez-se sem mais incidentes.

Attendendo ao bom estado geral, á temperatura e ao pulso, é justo confessar que a precisão com que o exame do sangue revelou a existencia do abcesso, é digna de registrar-se.

Ha dois casos porém, em que a existencia d'uma collecção purulenta não é accusada pelo exame do sangue.

Esses casos são: 1.º Nas suppurações não circumscriptas, em caso de peritonite diffusa hypertoxica em que as reacções do organismo faltam. 2.º Nos abcessos enkystados que persistem após a crise. As paredes que limitam estes abcessos, sendo espessas e fibrosas não permitem a reabsorção das toxinas elaboradas no fóco, e portanto oppõem-se á sua entrada na torrente circulatoria; d'ahi a falta de hyperleucocytose.

Resumindo: a hyperleucocytose *momentanea*, inicial da appendicite, ainda que os symptomas locaes sejam muito nitidos não permite tirar nenhuma conclusão. Pelo contrario, a hyperleucocytose *permanente*, com augmento notavel de globulos brancos, mostra

d'uma fórma cathégorica, quaesquer que sejam os symptomas concomitantes, a presença d'uma collecção purulenta que urge esvasiar.

A ausencia de hyperleucocytose, nos casos em que os signaes clinicos são da mais alta gravidade, é do mais reservado e grave prognostico porque attesta a falta por completo da resistencia organica.

Quando n'uma peritonite generalisada, a hyperleucocytose apparece, isso quer dizer que uma forte reacção organica se manifesta e o prognostico da intervenção, torna-se então relativamente mais favoravel.

A numeração dos globulos por si só não deve ser tomada como signal pathognomonic. Deve-se associar-a a todos os outros symptomas, e assim é que a sua pratica se torna extraordinariamente util.

E' preciso não esquecer que este exame tambem nos presta serviços sob o ponto de vista do diagnostico e do prognostico post-operatorio. Após a evacuação d'um foco purulento, no dia seguinte ou passado 2 dias, ha uma cahida do numero de globulos brancos, que fica quasi normal. Mas quando em logar d'um, ha varios focos suppurados e um só é aberto, o numero de globulos não baixa, isto é, a hyperleucocytose persiste.

Curschmann, conta a esse respeito o seguinte: um estudante foi operado ao 5.º dia

da sua appendicite; o appendice foi resecado e aberto um abcesso. A tara leucocytaria, porém, nos dias que se seguiram, não apresentou nenhuma tendencia a diminuir; em vista d'isso intervieram novamente, o que permittiu evacuar um segundo abcesso localizado na pequena bacia.

Desde então, o numero de globulos brancos immediatamente voltou ao seu normal.

Como se vê este processo de investigação merece, parece-me, ser tomado em muita consideração.

Evolução e modos de terminação. — Se o pús não fôr em grande quantidade esta fórma ainda póde terminar pela resolução. Mas isso é relativamente pouco frequente, e o mais vulgar é o pús tentar sahir procurando direcções diversas.

Assim póde lançar-se quer na grande cavidade peritôneal, quer no cœcum, no rectum, ou no intestino delgado. A observação, que a sua altura apresentarei, d'um doente da enfermaria de clinica medica, refere-se, á abertura da collecção suppurada no intestino.

O fóco como já atraz disse, póde abrir-se tambem, mais isso dá-se raras vezes, na bexiga, vagina, etc., ou então apparecer o pús no exterior atravez da parede abdominal.

De todas as direcções que o pús póde to-

mar, sem duvida a mais grave é a que se refere ao seu apparecimento na cavidade peritoneal.

A marcha d'esta fórma d'appendicite é geralmente aguda; accalmias traiçoeiras apparecem de quando em quando, accalmias essas com que é preciso contar sob o ponto de vista do prognostico. A's vezes uma peritonite generalisada apparece, justamente quando tudo parecia tomar uma esplendida feição, quando todos os symptomas tendiam a desaparecer.

São essas accalmias, sobre as quaes, Dieulafoy insiste immenso, que demandam da parte do medico muita sagacidade e um estudo profundo do doente, para evitar dolorosissimas surpresas.

II

Peritonite generalisadas

Tres typos de peritonite generalisada podemos definir; peritonite generalisada não purulenta, peritonite generalisada purulenta e peritonite septica diffusa ou septicemia peritoneal.

a) *Peritonite generalisada não suppurada*. — Esta fórma ainda mal conhecida e mal estudada, seria caracterisada pelos phenomenos a que Gubler deu o nome de peritonismo.

b) *Peritonite generalisada suppurada.*

— Esta forma de peritonite observa-se em geral apóz a ruptura d'um abcesso peri-appendicular, mas pôde desenvolver-se tambem, *d'emblée*.

No primeiro caso, a dôr recrudesce bruscamente, torna-se nitida e viva, tendendo a generalisar-se a todo o abdomen; os vomitos repetem-se com uma grande tenacidade primeiro alimentares, biliosos depois e finalmente porraceos e fecaloides. A constipação é a regra, excepcionalmente apparece a diarrhêa.

As materias e os gases completamente supprimidos chegam muitas vezes a fazer pensar n'uma oclusão intestinal. A temperatura raro excede 39°, e o pulso torna-se rapido e pequeno, apresentando uma pequena discordancia com a temperatura.

A palpação abdominal revela dôr especialmente na fossa iliaca sendo muito difficil a exploração do ventre tornado duro e tenso. N'essa fossa pôde ás vezes perceber-se uma zona de som baço e um pouco de induração, mas nunca se acha tão nitida como no caso de peritonite circumscripta; o toque rectal permite o reconhecimento de liquido na excavação.

Evolução e modos de terminação. — O ventre abaúla-se mais tarde, os vomitos são incessantes, e facies torna-se caracteristico, sem ainda assim attingir o tom plumbeo, que at-

tinge na peritonite septica generalisada; o pulso torna-se cada vez mais rapido, a temperatura sóbe, ou então baixa para de novo e rapidamente subir e o doente prezo por uma agitação enorme, por um delirio que d'elle se apodera, não reage e succumbe. A morte póde sobrevir em 48 horas, mas casos ha, em que só depois de 5 ou 6 dias passados, é que se dá o desenlace fatal.

No caso da peritonite ser generalisada *d'emblée*, o primeiro indicio é a dôr violenta, em *coup de pistolet*, na região umbilical ou epigastica; os vomitos, a anuria, a algidez, depressa apparecem, semelhando tudo ás vezes, um ataque de cholera. Por vezes, porém, os symptomas não tem nada de alarmante e pensa-se até que apenas se vae tratar d'um simples embaraço gastrico febril. De resto, a marcha e a terminação são eguaes á de fórma a que acabamos de nos referir.

c) *Peritonite septica diffusa (Septicemia peritoneal)*. — Esta fórma, de todas a mais terrivel, desenvolve-se quasi sempre primitivamente. Não é necessario para isso que se dê uma perforação appendicular. Os phenomenos abdominaes quasi que faltam; os phenomenos d'intoxicação é que tomam toda a importancia dando origem a accidentes geraes muito graves. Os symptomas da reacção

peritoneal são tão pouco intensos que podem até passar despercebidos. Justamente ao inverso, do que se dá na forma precedente.

O abdomen apresenta-se achatado, ás vezes quasi insensivel, excepto na fossa iliaca direita, que é preciso explorar para accordar a dôr.

A percussão não dá nada de notavel.

A respiração accelera-se, mas é regular e de typo abdominal. Os vomitos, ou faltam ou são muito frequentes. A's vezes ha diarrhêa, mas frequentemente é a constipação que se encontra. O facies apresenta-se caracteristico, d'uma côr especial, plumbea e terrosa. A lingua branca e humida, apparece vermelha na ponta e nos bordos. A sêde é viva e as urinas albuminosas.

O inicio póde ser rapido e brutal, mas regularmente é insidioso, manifestando-se por vomitos que ás vezes são substituidos por diarrhêa.

Esta forma é quasi sempre mortal, e os accidentes costumam evolucionar com enorme rapidez.

A morte póde sobrevir no fim de 3 ou 4 dias, mas ás vezes sobrevem no fim de 36 horas.

O que ficou descripto, refere-se á appendicite aguda, normal. Não obstante, é preciso não esquecer que ha formas anormaes que pó-

dem dar origem a diferenças symptomaticas, resultando da séde e posição que occuparem as lesões appendiculares e peri-appendiculares.

B) Complicações

Além das complicações mais geraes da appendicite aguda, taes como a peritonite generalisada por perforação d'uma peri-appendicite suppurada, a abertura d'um abcesso nos diferentes órgãos da cavidade abdominal, outras ha de que muito rapidamente me vou occupar.

As *pleurisias*, são frequentes na appendicite. Segundo Walbrecht, existiriam complicações pleuraes na proporção de 35 %.

A *pyléphlebite*, *abscessos do figado*, são complicações já menos frequentes. Barneveld, apenas pôde recolher 2 casos inéditos, depois de grande trabalho.

Os *abscessos do tecido cellular iliaco*, tam-bem pôdem apparecer, sendo ás vezes de difficil diagnose, attendendo ao inicio insidioso, e á fraca symptomatologia que apresentam.

Ainda outras complicações, como *lesões pulmonares*, *congestões*, *endocardites*, *abscessos cerebraes*, *dos rins e do baço*, *parotidites suppuradas*, etc., se têm observado.

Estas complicações não são mais, do que a prova da infecção geral.

CAPITULO IV

Diagnosticco e prognostico

—...—

A) Diagnosticco

O diagnosticco da appendicite não offerece reaes difficuldades quando ella se apresenta debaixo da sua fórma habitual, debaixo do seu feitio clinico ordinario.

Mas nem sempre assim succede. Basta lembrarmos-nos das fórmas anormaes, para vêmos que n'esses casos o seu diagnosticco deve ser ericado de difficuldades, cheio de sérios embaraços.

Vou tentar esboçar quaes as doenças que pela sua symptomatologia e evolução podem simular a appendicite, acompanhando esse esboço dos respectivos caracteres differenciaes, referindo-me sempre, é claro, ás fórmas normaes.

As colicas *hepaticas* e *nephreticas*, pódem ser tomadas por uma appendicite, mas geralmente o erro é de curta duração. As colicas são muito raras nas creanças, diga-se de passagem, e o seu ponto de dôr maxima não coincide com o da appendicite.

Na *colica hepatica*, a dôr occupa a região hepatica ou o cavado epigastrico, tendendo a subir para a espadua; a vesicula biliar apresenta-se dolorosa á pressão, e as conjunctivas mostram rapidamente a côr sub-icterica; além d'isso a analyse das urinas revela a presença de pigmentos biliares. O diagnostico torna-se difficil em extremo: 1.º quando a appendicite se dá n'um appendice de typo ascendente podendo subir por detraz do colon e do cœcum, confinando assim os symptomas dolorosos com a região hepatica; 2.º quando as dôres são devidas a uma cholecystite com tumefacção e abaixamento da vesicula biliar; n'este caso os symptomas dolorosos espontaneos, e provocados, confinam com a região appendicular. (Dieulafoy).

Na *colica nephretica*, as dôres no começo são geralmente mais vivas do que no inicio da appendicite, e com propagação habitual ao testiculo. A dôr é lombar, ao nivel do rim doente, e não ha elevação thermica.

Tanto n'esta colica, como na colica hepatica, a contastacção d'uma crise anterior cons-

titue uma forte presumpção em favor da sua repetição.

Uma confusão das mais frequentes é com a *indigestão*.

Para evitar o erro deve procurar-se com cuidado o ponto de Mac-Burney. Além d'isso, os symptomas da indigestão depressa desaparecem, e se persistem, trata-se-ha d'uma indigestão suspeita. (Jalaguier).

Nas *colites*, as dôres seguem de preferencia o trajecto dos colons; a sua localisação no cœcum póde, ser facilmente confundida com a appendicite. Nas colites porém não ha o ponto doloroso de Mac-Burney, nem a hypersthesia cutanea, nem a forte defeza muscular que na appendicite regularmente apparecem.

Além d'isso a appendicite ataca quasi sempre de surpresa, bruscamente, ao passo que a *colite* apresenta prodromos nitidos, e facéis de apanhar.

A *febre typhoide* tem dado origem a erros graves de diagnostico. A febre, as perturbações gastro-intestinaes, a dôr violenta na fossa iliaca direita, tem-na feito confundir com a appendicite. Mas o seu modo de invasão, com prodromos, sem reacção peritoneal e os symptomas que mais tarde a acompanham, permitem afastar a confusão.

Rendu publica a este respeito uma obser-

vação a que elle chama *eminentemente instructiva*, e que por demasiado extensa não transcrevo.

A *occlusão intestinal* póde simular a appendicite.

A constipação póde ser, tanto n'uma como na outra, absoluta. Comprehende-se a gravidade do erro em face do tratamento. N'um caso pretende-se a immobilisação do intestino, no outro justamente o inverso.

As *hystericas* apresentam tambem ás vezes a chamada—appendicite phantasma—(Monod e Vanverts), que póde tomar-se por uma appendicite aguda. Mas a localisação da dôr na região ovarica e os stigmas da *hysteria*, elucidam o diagnostico.

Quando n'uma crise appendicular a peritonite se generalisa *d'emblée*, póde isso dar origem a erros, sendo o mais frequente a confusão com o *estrangulamento interno*. O diagnostico n'este caso é por vezes difficilimo de fazer. Felizmente que sob o ponto de vista do tratamento não ha a receiar surpresas desagradaveis, pois que a indicação da laparotomia immediata impõe-se em ambos os casos.

As *perforações estomacae e duodenaes* têm sido tomadas por appendicites. Mas a dôr na appendicite não attinge desde logo toda a sua intensidade, ao passo que a dôr por perforação quer estomacal quer duodenal, é violentissima

desde o principio, dôr essa a que Dieulafoy chama o — «coup do poignard» — peritoneal. Além d'isso, na appendicite o maximo da dôr, da defeza muscular e da hypersthesia da pelle, está situada na fossa iliaca direita, ao passo que na perforação é na região epigastica que se localisam todos os phenomenos.

A *coxalgia* simples ou com abcesso, a *psoritis*, as *rupturas musculares do abdomen*, a *inflammiação aguda do testiculo com ectopia*, têm por vezes dado origem a confusões.

Se ás vezes o diagnostico da appendicite no homem é embaraçoso e crivado de difficuldades, maiores embaraços ha, e maiores difficuldades se encontram quando é preciso fazel-o com as doenças do apparelho genital de mulher.

E isto explica-se se attentarmos a que na mulher existem na vizinhança do appendice orgãos como o ovario e a trompa, cujas affecções marcham ás vezes de uma fórma que podem dar origem a erros. Além d'isso, as duas affecções, appendicite e annexite, podem existir concomitantemente, augmentando assim as difficuldades.

A resposta ás perguntas: ha appendicite ou annexite? Haverá appendicite e annexite? é muitas vezes quasi impossivel de dar, como diz F. Legueu.

Todas as affecções agudas dos annexos podem revestir a fórma da appendicite; mas é especialmente com as salpingites, que é preciso firmar o diagnostico.

O inicio, a dôr, os vomitos o pulso, o facies e o estado geral, podem elucidar-nos e servir de guia para a differenciação.

O toque vaginal, póde tambem prestar valioso auxilio, por isso nunca deve deixar de ser praticado. A noção etiologica, segundo Legueu, não é sufficiente para afastarmos da ideia o diagnostico de salpingite, porque tem-se encontrado por vezes, essa affecção, fóra do periodo obstetrico e fóra de toda a blenorragia, pelo menos apparente. A coexistencia do appendicite com a annexite não é muito rara.

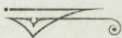
Para isso, diz Legueu, basta a existencia d'uma situação baixa do appendice ou uma situação alta dos annexos. O diagnostico n'este caso é muito difficil.

Eis aqui, rapidamente descriptas, não todas mas as principaes confusões, as mais triviaes que se podem dar com a appendicite.

B) Prognostico

As estatisticas que nos facilitam um prognostico geral sobre a appendicite não têm valor, porque differem immenso segundo são feitas por um medico ou por um cirurgião.

D'uma fôrma geral o que se pôde dizer é que o prognostico d'uma appendicite é sempre reservado, porque benigna em apparencia pôde rapidamente dar origem a uma peritonite generalisada ou engendrar terriveis complicações. O prognostico da peritonite generalisada é gravissimo ; ainda quando a peritonite é purulenta e tem adherencias, ainda a intervenção cirurgica poderá beneficiar o paciente, mas quando ella é septica diffusa, os successos são infinitamente raros, se é que existem, como diz Jalaguier.



CAPITULO V

Tratamento

E' este o ponto mais delicado, a questão que maiores discussões tem levantado, eriguido maiores celeumas.

E' interessante sob este ponto de vista lêr os extractos das sessões das sociedades medico-cirurgicas. Opiniões desencontradas, modos de pensar perfeitamente oppostos, um *pêle-mêle* de maneiras de vêr, mostram bem claramente como as divergencias são profundas e como o accordo está ainda longe de realisar-se.

Assim uns, os intervencionistas radicaes, consubstanciam todo o seu modo de proceder, na seguinte formula: appendicite=operação. Proclamam com Dieulafoy á frente, que não ha tratamento medico da appendicite; que desde o momento em que o diagnostico d'essa affecção seja feito, o ventre deve ser logo

aberto e o appendice resecado; e se isto sempre se fizesse, concluem, nunca se morreria d'appendicite.

Outros, os opportunistas resumem o seu modo d'acção nas seguintes palavras de L  jars;

«Toute l'appendicite doit être op  r  e, la date seule de cette opération, pourra varier; on la fera d'urgence dans un certain nombre de cas, on la fera plus tard,    froid, aussi souvent qu'on le pourra».

Como se vê, estes interv  m também, mas não levam tão longe a sua febre operatoria. Preferem sempre que p  dem deixar passar a borrasca, deixar passar a phase aguda, e intervir depois quando todas as probabilidades de bom exito estão mais asseguradas.

Outros ha ainda, mas raros felizmente, que haja o que houver, não interv  m nunca, assistindo com uma paciente e impassivel expecta  o ao desenrolar da crise. Os dois primeiros grupos    que estão em fóco, e    d'esses que me occuparei.

Ha dois casos em que os intervencionistas e os opportunistas estão d'accordo, sob o ponto de vista da interven  o urgente, e são elles:
1.  quando ha uma peritonite generalisada
— 2.  quando ha uma suppura  o circumscripta evidente.

Superficialmente, antes de dar a descrição do tratamento medico e cirurgico da appendicite, esboçarei as bases em que assentam o seu modo de proceder os defensores d'um e do outro campo.

Os intervencionistas radicaes baseiam o seu modo de acção sobre o facto de que ninguém está auctorisado a fazer um prognostico no começo d'uma appendicite. Tanto a toxi-infecção póde ser ligeira e extinguir-se rapidamente, como em algumas horas fazer d'um individuo vigoroso, e cheio de saude, um moribundo. (Vignard).

Por conseguinte, esperar, contemporisar é expôr o doente a um sem numero de perigos, é expôr-o á morte. Muitas vezes a benignidade apparente, está em completo desaccordo com a gravidade insidiosa do mal e vice-versa; quer tenha tido ou não um começo dramatico e doloroso, a peritonite póde instalar-se e difundir-se com uma accalmia que engana, quando ninguém a esperava.

Supprima-se pois o fóco toxi-infeccioso, origem de todo o mal, concluem elles, e quanto mais depressa essa supressão se fizer, tanto melhor para o doente que só terá tudo a lucrar. Muitas vezes uma appendicite que parece iria evolucionar d'uma fórmula inteiramente benigna, póde ter um fim tragico e desgraçado. Trata-se, pois, d'uma doença tão

grave como dissimulada. Que fazer então? Intervir, intervir sempre, tão cedo quanto possível.

«Tout individu que l'operation n'a pu sauver est un individu qui a été opéré trop tard» (Diculafoy).

Os opportunistas declaram por seu turno, que a tendencia habitual da appendicite é para o enkystamento. Ha sempre tendencia á formação de adherencias protectoras, adherencias essas que é preciso respeitar, porque são a verdadeira taboa de salvação. Favorecer esse enkystamento pelo repouso, pelo opio, enfim pelo tratamento medico, tal é o seu fito; a resolução completa é frequente e as melhoras são a regra.

De resto, os opportunistas declaram-se promptos a operar immediatamente ao menor rebato de peritonite, rebato esse cujos symptomas são por vezes bem difficeis de apanhar, dizem os radicaes, mas que segundo Broca, opportunistista convicto, uma observação attenta dos phenomenos que se passam, não deixaria nunca surprehendel-o por uma peritonite incuravel.

Esses phenomenos consistiriam na persistencia ou volta dos vomitos, supressão das emissões gazozas pelo anus, discordancia entre o pulso e a temperatura.

Além d'isso, os opportunistas dizem que

a reabsorção do pús, se dá muitas vezes, mais vezes do que se calcula; e tanto assim é que havendo quasi sempre pús em torno do appendice como o provou Renvers com as suas punctões exploradoras, quando se espera o resfriamento para operar, esse pús ou está muito reduzido ou não existe; e mesmo em plena crise aguda encontra-se ás vezes em pequenissima quantidade, o que parece mostrar a grande tendencia para a resolução.

As difficuldades extraordinarias de diagnostico que muitas vezes apparecem, são mais um argumento usado pelos opportunistas em seu favor. O diagnostico ás vezes é por assim dizer impossivel, e a intervenção precoce n'esse caso seria não só arrojada, como inutil muitas vezes. Assim Jalaguier, declara que se fosse um intervencionista radical, teria operado 2 febres typhoides, 2 entero-colites grip-paes, 1 colica nephretica e 1 pneumonia lobar direita.

Finalmente, a operação a frio não apresenta a gravidade da intervenção a quente, nem expõem ás consequencias post-operatorias que se vêm surgir por vezes depois d'esta ultima.

De tudo isso, concluem, que, sempre que se possa se deve esperar, intervindo só em momento opportuno.

Pelo que fica exposto, póde vêr-se como sobre este capitulo da appendicite reina o des-

accordo. E' pois desculpavel que eu ao vêr mestres, homens eminentes, degladiarem-se, não sendo possivel entenderem-se, me veja um pouco embaraçado para emittir uma opinião.

Se as ideias de Dieulafoy parecem theoreticamente muito acceitaveis, na pratica creio que o seu modo d'acção é demasiadamente absolutista, demasiadamente autocrata, visto que factos clinicos conscienciosamente constatados assim o parecem provar.

A) Tratamento medico

O tratamento medico, que deve ser sempre applicado com todo o seu rigor resume-se em 3 factores principaes: immobibilidade completa, gelo em permanencia sobre o ventre e dieta absoluta.

O opio deve ser applicado de 2 em 2, ou de 3 em 3 horas, sob a fórma pilular, na dóse maxima de 15 centigrammas, em 24 horas para adultos. E' claro que esta dóse varia segundo as idades. Os purgantes e os clysteres devem ser banidos por completo; é preciso não só immobilisar o tubo digestivo, como não lhe introduzir coisa alguma.

A dieta deve ser absoluta, permittindo-se no entanto se houver muita sede que o doente

tome de 2 em 2 horas, uma ou duas colheres de chá d'agua de Vichy, Pedras Salgadas ou Vidago.

Não é só a fossa iliaca direita que deve ser coberta pelo gelo; todo o ventre o deve ser com 3 ou 4 bexigas.

A exploração do abdomen deve ser feita com muito cuidado e o menor numero de vezes possivel.

Uma vigilancia severa e um grande rigor na applicação d'este tratamento são elementos indispensaveis para o seu bom resultado.

Se a peritonite tender a circumscrever-se constatar-se-ha algumas horas depois de instituido o tratamento uma attenuação dos symptomas geraes: a dôr tende a localisar-se na região do appendice, os vomitos cessam ou a sua frequencia diminue, o facies torna-se melhor assim como o pulso.

Mas é preciso ter sempre em vista as accalmias traidoras da appendicite. Jalaguier, que é n'este assumpto uma auctoridade, chama a attenção para a discordancia entre a temperatura e o pulso que, apparece no 3.º ou 4.º dia. N'este caso é a peritonite que se estende; então é preciso rapidamente intervir. «Soyez toujours méfians» diz Lélars.

Quando passados 6 a 8 dias a temperatura não baixar de 39º ainda que o pulso esteja cheio, e não muito frequente e o plastron

possa ser constatado, ainda assim a intervenção cirurgica impõe-se. A supuração existe então. E' assim que se fórman os grandes focos suppurados retrocœcaes e retro-colicos de cuja existencia muitas vezes não se suspeita.

O exame do sangue pôde actualmente a este respeito, prestar-nos bom auxilio.

Nos casos felizes, a palpação no 2.º, 3.º ou 4.º dia depois do inicio descobre um empastamento na fossa iliaca direita — é o plastron — revelando assim a formação de adherencias, o enkystamento do foco. No 5.º ou 6.º dia a constipação cessa, o pulso melhora, a temperatura cahe á normal e o plastron vai-se tornando cada vez menos doloroso.

Segundo Jalaguier não se deve dar a primeira chavena de leite senão 24 horas depois da effervescencia, isto é, depois da temperatura ter cahido á normal, e manter-se-ha ainda durante 15 dias o regimen lacteo.

O primeiro laxante, oleo de ricino, ou calomelanos só se deve dar 24 ou 36 horas depois de terminada a crise, e a seguir, para assegurar a regularidade das dejecções, recorrer-se-ha, aos clysters glycerinados e aos laxantes leves.

As bexigas de gelo só se devem tirar depois da defervescencia completa; o doente deve conservar-se na cama duas ou tres semanas.

Mais tarde, passados 15 a 20 dias, então a intervenção terá logar, e a appendicectomy a frio estará indicada.

Assim fica esboçado o tratamento medico considerado classico, *que bem comprehendido e bem applicado*, dá muitas vezes, dizem os seus defensores, os mais lisongeiros resultados. A vigilancia deve ser rigorosa o mais possivel para intervir sempre, e logo que o processo regressivo tenha sido sustado. Como se vê, este tratamento tem por fim quer provocar a reabsorpção dos productos inflammatorios, quer favorecer a formação de adherencias, adherencias essas que sejam capazes de obstar aos perigos d'uma infecção peritoneal.

B) Tratamento cirurgico

A appendicectomy é uma das operações abdominaes cuja technica está melhor regulada. Circumstancias porém de ordem differente, pódem obrigar o cirurgião a modificall-a ou a deixall-a incompleta.

Tomadas todas as precauções asepticas e antisepticas que são precisas e considerando um caso simples de appendicite, descrevamos o manual operatorio.

Laparatomia mediana — A laparatomia mediana foi utilizada primeiro para a appendicectomia. Mas como se não cahia logo directamente sobre o cœcum, isso dava origem a manobras variadas e difficeis que eram perigosas sob todos os pontos de vista. Foi pois abandonada e substituida pela laparatomia da fossa iliaca ou lateral.

Laparatomia da fossa iliaca. — Foi proposta e praticada pela primeira vez por Max-Schüler. Varias tem sido as incisões preconizadas. A de Max-Schüler, cahia por fóra do bordo externo do grande recto do abdomen.

Esta incisão tinha o inconveniente de depois da sua reunião dar muitas vezes origem a eventrações ; Jalaguier, como havemos de vêr, modificou-a d'uma maneira feliz.

A de Roux, cahe obliquamente sobre a fossa iliaca, justamente por cima da metade externa da arcada de Fallope, descrevendo uma curva a um centimetro ou dois por dentro da espinha iliaca antero-superior.

Mac-Burney, n'uma linha partindo da espinha iliaca antero-superior ao umbigo e perpendicularmente a essa linha, faz uma incisão, passando 3 cent. acima d'ella e tendo um comprimento de 10 cent. pouco mais ou menos.

A de Jalaguier é, como já disse, uma modificação feliz da incisão de Max-Schüller. A technica que elle emprega é a seguinte:

Incide a pelle n'uma extensão de 8 a 10 cent., parallelamente ao bordo externo do grande recto; abre depois a bainha anterior d'este musculo e reclina-o para dentro, e em seguida penetra no peritoneo incidindo a parede posterior da bainha, de maneira que o musculo quando retoma a sua situação normal cobre e sustenta a sutura do peritoneo e da bainha posterior. Este folheto e o peritoneo são fendidos na mesma linha. Esta incisão deve ser feita com prudencia porque a esse nivel estão applicados directamente um sobre o outro sem a menor interposição de tecido gorduroso.

Eis ahi resumidamente como procede Jalaguier. Esta incisão é boa porque contraria as eventrações; a sutura do peritoneo e do folheto posterior que é feita juntamente, é separada da sutura do folheto anterior pelo corpo muscular do grande recto. No caso, porém em que fôr preciso drenar é á incisão de Roux que devemos recorrer ¹.

Usando qualquer d'estas incisões e aberto o peritoneo, tendo pinçado os vasos que sangram e afastados convenientemente os labios da ferida, cahe-se logo sobre o cœcum, o epiploon ou sobre as ansas intestinaes.

¹ Ha ainda as incisões de Grinde, de Carle Beek e algumas outras que não são usadas. Salvo indicações muito especiaes as de Roux e de Jalaguier é que geralmente se empregam.

As precauções antisepticas devem ser tomadas rigorosamente n'esta occasião, para proteger a grande cavidade peritoneal, usando-se de compressas de gaze esterilisada. Então começa a mão o seu serviço de reconhecimento introduzindo na ferida o indicador e o medio esquerdos, para vêr se haverá adherencias. Nos casos mais simples as adherencias peritoneaes se existem, são molles e facéis de romper. Feita essa exploração, attrahe-se o cœcum para fóra da ferida e tratar-se-ha de procurar o appendice. Para isso é preciso lembrarmos de que elle tem a sua origem na face postero-interna do cœcum no ponto em que as tres bandeletas musculares se reúnem. A presença d'essas bandeletas, sendo o característico do intestino grosso, auxiliam o seu reconhecimento. A que se deve procurar é a postero-interna no prolongamento da qual se acha justamente implantado o appendice.

Achado este, liberta-se pouco a pouco; fóra apenas fica o appendice e o seu ponto d'implantação, tudo o mais é reduzido para dentro do ventre. Trataremos então de o separar do seu méso, não esquecendo que ali ha uma arteriola que é preciso laquear, o que nem sempre é facil, por causa da sua retracção. Póde-se com esse fim estendêl-o e pinçar a sua base; feito isso, seccional-o entre o appendice e a pinça ou pinças que forem collocadas.

Tratemos agora de resecar o appendice. Para isso basta passar uma ligadura que se applica na sua base, oppondo assim uma barreira ás materias fecaes, e abaixo d'essa ligadura cortal-o por meio d'uma thesoura. Vignard, diz que excepto em casos especiaes, será melhor não usar da pinça hemostatica sobre o coto appendicular que deve ficar junto do cœcum, especialmente quando se quizer fechar a sua extremidade por meio de sutura; a pressão exercida é muita viva, póde alterar as paredes do côto e favorecer assim a sua abertura secundaria no peritoneo.

Alguns cirurgiões, depois do appendice resecado limitam-se a esterilizar-o pelo thermo-cauterio e abandonam-no depois. Tal pratica parece não primar pela prudencia. Sempre será bom fazer, o que a maior parte dos auctores aconselham, isto é, empregar a sutura, fechando assim toda a communicação com o peritoneo.

Falta só fechar o méso, o que se faz por meio de uma ou duas ligaduras de sêda fina. A drenagem será feita ou não, segundo a necessidade e a operação terminar-se-ha pela reunião da ferida por planos o que garante uma grande solidez.

E aqui temos a technica operatoria nos casos simples.

A operação dura meia hora pouco mais ou

menos e costuma ser benigna. As probabilidades de eventração nos casos em que a ferida é fechada sem drenagem, são nullas; mesmo assim, para evitar qualquer esforço brusco é bom manter uma fâxa de flanella, a volta do abdomen, durante 2 ou 3 mezes.

Porém nem sempre assim succede; ás vezes ha adherencias espessas e resistentes, ou encontram-se abcessos de volume variavel de cuja séde e dimensões, se não suspeitava; ás vezes ainda o appendice e o cœcum estão de tal fórma transformados n'uma massa compacta que podem dar a ideia d'um neoplasma.

Quando o appendice está adherente e enterrado, toda a difficuldade está em o reconhecer e especialmente procurar a sua extremidade terminal para depois o dissecar até a base. Grande prudencia é precisa, porque o que póde succeder é que no meio das manobras de exploração as adherencias se rompam e se venham bruscamente esvasiar no peritoneo abcessos, que era muito melhor abrir separadamente e com as respectivas precauções. E não é só o esvasiamento do abcesso que constitue todo o perigo; é tambem a laceração do cœcum ou do intestino delgado que se póde dar.

A operação assim não tem a inocuidade que tem a que descrevi ha pouco; desde que haja pús é preciso drenar largamente o que

póde dar logar mais tarde a eventrações ; os fios pódem por seu turno não se segurarem bem no cœcum friavel e inflammado, e d'ahi fistulas stercoraes cuja gravidade é variavel e dando origem a suppurações prolongadas.

Quando se trata d'um abcesso enkystado de peritonite peri-appendicular, a séde da incisão dependerá do logar do abcesso. Mas normalmente a incisão cahe obliquamente na parte mais baixa da fossa iliaca, segundo o processo de Roux.

As adherencias aqui são salvadoras e como tal devem ser respeitadas. Quenu, com o fim de as poupar o mais possivel, propôz apenas a incisão e uma drenagem convenientemente feita, arranjando assim uma especie de chaminé por onde o pús não tardaria a apparecer. Outros operadores pelo contrario procuram descobrir o appendice fazendo as manobras de que carecem, ás vezes pouco prudentemente.

Broca, é partidario da simples incisão e Paul Vignard, professa as mesmas ideias: abrir e drenar. Se se puder tirar o appendice causa do mal, melhor ; mas se houver fórtes adherencias nada de manobras imprudentes que pódem expôr o doente á peritonite. De resto, o facto de não resecar o appendice parece não dar forçosamente origem a novos

accidentes; muitas vezes sob a influencia da inflamação e da suppuração o appendice deixa de ser perigoso, graças ao processo de atrophia e obliteração de que é a séde. Além d'isso póde ser destruido e eliminar-se com o pús. Coitier reuniu 44 casos d'operação a quente, sem resecção do appendice. D'esses 44, só 3 doentes é que voltaram a ser operados em virtude da repetição de accidentes.

Finalmente no caso d'uma peritonite generalisada, podemos recorrer á laparotomia iliaca sem prejuizo das contra-aberturas que forem preciso fazer-se. Se se encontrar, feita a incisão, pús em abundancia, se as ansas não apparecerem vermelhas e inflamadas fazendo hernia atravez da ferida, o melhor é collocar dois grossos drenos e pensar. Se sahir apenas uma pequena quantidade de liquido turvo, seroso, e as ansas se apresentarem vermelhas, então é preciso praticar, segunda incisão iliaca do lado esquerdo e drenar de ambos os lados.

Os successos operatorios quando ha peritonite generalisada estão longe de serem animadores; o prognostico é sempre o mais grave possivel.

C) Consequencias post-operatorias

As consequencias inherentes ao acto operatorio são as de todas as laparotomias. As que nos interessam, são as consequencias afastadas e que se pôdem reduzir a tres: as fistulas, as recidivas e as eventrações.

a) *Fistulas*. — Depois da intervenção cirurgica fica persistindo ás vezes uma fistula. Essa fistula pôde ser purulenta, stercoral ou pyostercoral; frequentes depois da incisão d'uma appendicite suppurada são raras depois da resecção do appendice a frio.

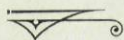
As mais frequentes são as purulentas; apparecendo raras vezes quando o appendice é resecado não succede o mesmo quando se o abandona. A's vezes a suppuração é entretida por um corpo extranho, um fio infectado um calculo, etc.; outras vezes é o proprio appendice que resiste á suppuração e entretem a fistula. Nem sempre fecham sem se intervir novamente; outras vezes passados 2 ou 3 mezes fecham expontaneamente.

b) *Recidivas*. — Depois de destruido o fóco peri-cœcal o appendice em geral é destruido pela suppuração e eliminado aos bocados juntamente com o pús. Mas nem sempre assim

succede e a recidiva póde dar-se. N'esse caso a intervenção impõe-se e o appendice deve ser resecado.

c) *Eventrações*. — As eventrações apparecem de quando em quando depois da appendicectomy, produzindo-se especialmente depois das operações a quente, em virtude da drenagem que é preciso ás vezes fazer.

Eis aqui resumidamente as consequencias post-operatorias que acompanham por vezes a appendicectomy.



OBSERVAÇÕES

Observações



1.^a

(Doente do meu condiscipulo Santos Monteiro)

D. S., de 39 annos, solteiro, creado de café, entrou para o hospital de Santo Antonio no dia 27 de Março de 1903, passando para a enfermaria de Clinica Medica no dia 30 do mesmo mez.

Os antecedentes hereditarios não accusavam nada digno de mensão especial, e os pessoaes tambem são de mediocre interesse. Methodico no seu viver, não accusava syphilis, nem habitos alcoolicos.

No dia 25 de Março, andando a passear no jardim da Lapa sentiu uma dôr nas visinhanças do umbigo, dôr essa pouco intensa, mas que o *ralava* muito. Recolhendo a casa deitou-se, porque começava a sentir calafrios e tremuras por todo o corpo.

No entanto, a dôr abrandou, o que lhe permittiu que pudesse dormir durante algumas horas. Quando accordou, a dôr tinha quasi desaparecido por completo, pelo que decidiu levantar-se e ir para o café, onde trabalhava. Foi, mas pouco depois de lá estar a dôr voltou novamente, não tão forte como da primeira vez pelo que pôde continuar na sua faina.

No dia 26 notou que os phenomenos dolorosos eram cada vez mais intensos mas ainda assim sahiu, voltando para casa ás 8 horas da noite muito afflicto. A dôr tinha attingido grande intensidade invadindo todo o abdomen sendo porém mais intensa no hypogastro e na fossa iliaca direita. Tinha vomitos, nauseas, fortes dôres de cabeça, grandes arrepios a que se succediam *baforadas* de calor.

Como se sentisse peiorar de hora para hora, pediu que o conduzissem para o hospital onde entrou, como disse, no dia 27, ás 2 $\frac{1}{2}$ da madrugada, sendo internado na Enf. n.º 4. Uma vez ahi, teve uma série de vomitos biliosos attingindo a dôr todo o seu auge. Foi-lhe n'essa occasião ministrado oleo de ricino que o fez defecar e posto a dieta lactea rigorosa. O thermometro marcava 38º,5. No dia seguinte os vomitos não foram tão frequentes, a temperatura desceu para 38º, mas a dôr abdominal continuava intensa.

No dia 30 foi transferido, como deixei dito, para a enf. de Clinica Medica. Os vomitos tinham cessado, o thermometro marcava 37º,3; no entanto, a dôr continuava especialmente no ponto de Mac-Burney,

acompanhada d'uma forte defeza muscular. Havia empastamento. Fluctuação, se existia, percebia-se muito pouco nitidamente.

Diagnosticó — appendicite aguda.

Nos dias seguintes, o doente que estava sendo sujeito ao uso de cataplasmas de linhaça, mostrava-se apyretico e os phenomenos dolorosos diminuiam consideravelmente persistindo a defeza muscular. Mas na fossa iliaca, pela palpação agora sentia se fluctuação e a pelle apresentava um ponto onde se deixava muito mais facilmente deprimir do que em qualquer outro, o que fazia prever a proxima abertura do abcesso, por esse logar. O exame do sangue, praticado durante dois dias, contra o que era de esperar, não deu resultado positivo. O Ex.^{mo} Snr. professor Azevedo Maia preparava-se para intervir, o que não levou a effeito, porque não tendo podido ir á enfermaria no dia 7 e 8, quando lá voltou, isto no dia 9, tinha succedido o seguinte: na vespera o doente tinha sido tomado rapidamente de elevação thermica, suores, anciedade, dôres violentas no abdomen sentindo uma fortissima necessidade de defecar. Indo á cadeira, ainda que com custo, nada conseguiu. Assim esteve, até que ás duas horas da madrugada do dia seguinte indo novamente á cadeira, defecou uma pequena quantidade de fézes nadando n'um liquido escuro, purulento.

As dejecções que se seguiram foram sempre acompanhadas d'uma certa quantidade de liquido purulento, que foi diminuindo successivamente; a tempe-

ratura diminuiu tambem e todos os symptomas começaram a desaparecer.

O apparecimento d'estes phenomenos de crise, a sua desaparição depois da evacuação do pús com as dejecções, tudo mostrava que o abcesso peri-appendicular tinha sido esvasiado por abertura no intestino.

Ao doente, que até então tinha estado sujeito ao uso de cataplasmas de linhaça sobre todo o ventre, foram feitas passado pouco tempo massagens, a mui leve pressão e ministrado um copo de mistura salena simples.

Sentia-se bem, sem dôres. Desde o dia 6, mas com interrupção desde o dia 8 ao dia 13, a dieta lactea foi substituida pelo seguinte: caldo de massa, 4.^a de vitella guisada e ovos, dieta essa que conservou até á sahida. Durante a convalescença foram-lhe ministrados de 2 em 2 dias, 2 centigr. de calomelanos, alternando com meia formula de sulfato de soda.

No dia 1 de Maio o doente abandonava a enfermaria, curado, bem disposto, conservando como resto da sua crise appendicular, apenas um espessamento nodular, indolôr, mesmo á pressão.

2.^a

A. M. R. de 30 annos, solteiro, serralheiro, entrou para o hospital no dia 4 de Maio de 1902.

Os seus antecedenetes hereditarios, nada tem de notavel; nos seus antecedentes pessoaes ha a notar a existencia de colicas hepaticas de que o doente foi já accommettido por 2 vezes.

Nos meizados do mez d'Abril, teve por mais d'uma vez dôres abdominaes sendo uma d'ellas durante a noite do dia 20, tendo sido n'essa occasião accommettido de fortes nauseas.

Mas tudo isso era de curta duração: porém, dias antes da sua entrada para o hospital foi atacado por uma dôr abdominal muito intensa que o não o deixava socegar ao mesmo tempo que tinha arrepios, fortes dôres de cabeça e vontade imperiosa de vomitar. N'este estado ainda, entrou para o hospital.

O exame do doente mostrava a existencia d'uma dôr intensa irradiaando para todo o abdomen, mas localisada especialmente á fossa iliaca direita, onde o ponto de Mac-Burney era extremamente doloroso. Havia forte defeza muscular e a hypersthesia da pelle provocava-se facilmente. Estado nauseoso accentuado e reacção febril insignificante, constipação, e pulso a 90.

Diagnosticco: — appendicite aguda.

No dia 7 a dôr continuava mas nitidamente localisada na fossa iliaca direita, desapparecendo as

irradiações quasi por completo; sentia-se nitidamente um empastamento profundo. O estado nauseoso tendia a desaparecer e não havia reacção febril.

Nos dias seguintes, 8 e 9 os phenomenos dolorosos, persistem, mas diminuindo cada vez mais de intensidade, e o empastamento aprecia-se facilmente, havendo ainda um pouco de defeza muscular.

No dia 11, a dôr é quasi nulla, ainda ha uns restos de defeza muscular e o empastamento perfeitamente localizado, persiste. O doente sente-se bem disposto e fallara já em pedir alta.

A operação é combinada n'esse dia para ser feita passado pouco tempo, mas o doente sabendo-o, amedrontado, pede alta no dia 12, sahindo n'esse mesmo dia com a rubrica de curado.

O tratamento empregado consistiu na administração todos os dias de 100 grammas de mistura salina simples e em friccionar muito levemente o ventre com oleo de belladona, varias vezes por dia.

3.^a (1)

A. M. de 24 annos, casado, estudante. Nos antecedentes pessoas ha a registar uma colite mucomembranosa que ha alguns mezes o acommetteu.

(1) Esta observação por motivos muito particulares e muito extranhos á minha vontade, não póde ir completa.

No dia 29 (?) de junho, pelas 2 horas da tarde, estando a escrever foi subitamente accomettido por uma dôr abdominal, que á medida que o tempo ia passando, ia augmentando em intensidade. Chamado o medico n'esse dia á noite, este prescreveu um purgante que o doente não tomou. No dia seguinte os symptomas apresentados eram os seguintes: dôr intensa na fossa iliaca direita, temperatura proxima de 40°, vomitos frequentes, forte defeza muscular e sentia-se pela palpação um empastamento profundo.

O diagnostico d'appendicite aguda foi posto. O exame do sangue mandado fazer pelo Ex.^{mo} Snr. prof. Roberto Frias, nos dias 30, 1 e 2, não deram nunca hyperleucocytose. A tára maxima leucocytaria foi no dia 30, em que se contaram 10.000 leucocytos por millimetro cubico. Em consequencia d'isso o tratamento medico continuou; bexigas de gelo, opio e injeccões de morphina foram empregadas. Os symptomas iam desaparecendo, o facies do doente apresentava visiveis melhoras.

Esperou-se pois o arrefecimento para intervir, o que se fez no dia 24 de julho, tendo o doente entrado já havia tempo no goso de boa saude, apresentando n'essa occasião apenas um pouco dolorosa, a região iliaca direita.

A intervenção foi levada a effeito pelo Ex.^{mos} Snrs. Drs. Roberto Frias, Carlos de Lima e Souza Oliveira.

O appendice que estava um tanto adherente, foi resecado, sendo o seu tópo suturado.

O exame macroscopico segundo a nota que me foi dada pelo Ex.^{mo} Snr. Prof. Alberto de Aguiar, mostrou o seguinte: «Appendice volumoso, da grossura d'um dedo minimo, dando a impressão de ter contido liquido. Ao corte vê-se a mucosa muito hypertrophiada, tendo adherente um mucus com alguns globulos purulentos. Hypertrophia mucosa do appendice».

O doente que tinha recolhido ao hospital para ser operado, foi internado na enfermaria de S. Paulo onde esteve até ao dia 4 de Agosto, sahindo perfeitamente bom, sem ter havido a menor complicação post-operatoria. Esteve sempre apyretico, sendo a temperatura mais elevada a do dia 25, em que teve de manhã 37°,2 e de tarde 37°,3.

Emfim, no dia 4 de Agosto, abandonou, como já disse, o hospital sahindo radicalmente curado.

4.^a

(Devida ao Ex.^{mo} Snr. Dr. Julio Franchini)

X. de 24 annos, casada, de paes arthriticos e tendo como antecedentes pessoas nos dois ultimos annos, alguns ligeiros ataques de colicas intestinaes, attribuidos pela familia a desvios de regimen.

A doença actual principiou ha alguns dias por

uma colica violenta. A dôr era a principio na região epigastica irradiando depois por todo o abdomen, e localisando-se por ultimo na região iliaca direita. Vomitos biliosos, prisão de ventre, ligeiro tympanismo. A doente está no 6.º mez da sua gravidez. A temperatura no primeiro dia, oscillou entre 38º e 39º,5, subindo no 7.º dia a 40º. Lingua saburrosa e humida. Dois dias depois empastamento profundo na fossa iliaca, acompanhado de extrema sensibilidade; irradiações para o membro inferior direito, e alguns calafrios.

Diagnosticado: — appendicite suppurada.

Reconhecida a urgencia d'uma intervenção immediata e resolvida a operação, procedeu-se á desinfeção local; depois da doente anestesiada foi praticada uma incisão parallelá á arcada crural, um dedo acima d'essa arcada, tendo vinte centimetros de comprimento e cuja parte média, correspondia á altura da espinha iliaca antero-superior.

Seccionada a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo e a aponevrose do grande obliquo, os musculos pequeno obliquo e sobretudo o transversos apparecem ligeiramente infiltrados, bem como o peritoneo egualmente seccionado e por cuja abertura sahe uma pequena quantidade de liquido citrino.

Descoberta a face externa do colon procurou-se cautelosamente descolar as adherencias entre este segmento intestinal e a fossa iliaca, manobra um tanto difficil porque o utero gravido, fortemente desviava o colon e o cæcum contra essa fossa. Prose-

guindo pacientemente conseguiu-se finalmente penetrar no fóco suppurado, dando sahida a uma grande quantidade de pús fétido. Introduzindo o dedo pela abertura, reconheceu-se estar n'uma cavidade que se prolongava para a pequena bacia.

Não sendo possível encontrar o appendice e não achando prudente prolongar demasiado as pesquisas, introduziram-se no fóco dois tubos de drenagem parallelos e entre elles uma mécha de gaze aseptica.

Depois d'esta intervenção a febre caliu immediatamente e o estado geral melhorou depressa.

O fóco foi-se retrahindo lentamente, ficando no fim d'um mez muito reduzido, mas não fechando completamente senão depois do parto que correu normalmente e sem complicações.

5.^a

(Devida ao Ex.^{mo} Snr. Dr. J. Franchini)

J. de 27 annos, solteira, costureira. Teve ha dois annos uma vaginite blenorrhagica que não foi convenientemente tratada, e que seguindo a sua marcha invadiu o utero e annexos. Entrou na enfermaria com o syndroma uterino, accusando fórtes dôres nas fossas iliacas, sensibilidade no baixo ventre, mições frequentes, tenesmo rectal e uma temperatura

de 39°,5, á tarde com ligeira remissão de manhã, inapetencia, lingua saburrosa e alguns vomitos. A exploração bi manual é muito dolorosa e accusa a presença d'uma annexite dupla; á esquerda encontra-se um tumor annexial do volume d'uma tangerina pequena. A' direita a sensação do tumor é menos nitida mas encontra-se uma certa resistencia.

O utero estava em retro-versão, doloroso á pressão — corrimento purulento. Diagnostico: — annexite dupla e metrite chronica total, d'origem blenorragica. Tratamento: — hysterectomy vaginal total, attendendo á bilateralidade das lesões annexiaes e á sua gravidade.

A operação é praticada sem grande difficuldade; o tumor do lado esquerdo, rompe-se durante as manobras de descolamento das adherencias.

Na occasião de vencer as tracções necessarias para abaixar o tumor annexial direito e collocar o clamp superior, verifica-se que o appendice ileo-cæcal, adhire por uma grande parte da sua extensão á trompa. Não parecendo muito alterado, resolveu-se libertal-o das suas adherencias annexiaes e abandonal-o.

A operação seguiu sem incidente, e não houve complicação nenhuma post-operatoria.

No fim d'um mez, porém, quando a doente completamente restabelecida, se preparava para pedir alta, é subitamente durante a noite atacada d'uma dôr na fossa iliaca direita, vômitos, pulso frequente e temperatura a 38°,8. Tratava-se evidentemente

d'um ataque de appendicite, com a symptomatologia propria e que cedeu á medicação appropriada: gelo, opio, etc.

Terminada a crise, foi proposta á doente uma nova intervenção a que ella se recusou. A doente, então sahiu, e como era de longe, não houve mais noticias d'ella.



PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A valvula de Gerlach não é constante.

Physiologia. — A desigualdade na distribuição da massa muscular no coração, está em relação com o trabalho que deve fornecer.

Pathologia geral. — Entre os microbios ha tambem o di-railto do mais forte.

Anatomia pathologica. — Falsa membrana, não quer dizer diphteria.

Materia medica. — Proscervo por completo os purgantes, no tratamento da appendicite.

Pathologia externa. — Em geral, nos velhos, deve preferir-se a talha á lithotricia.

Operações. — Nas feridas cirurgicas a drenagem tem indicações definidas.

Pathologia interna. — O diagnostico nos primeiros tempos d'uma pleurisia inter-lobar é fatalmente indeciso.

Partos. — O mecanismo do parto na apresentação de espadua tem apenas valor theorico.

Hygiene. — Ha bens que vêm por males.

Medicina legal. — Os signaes de morte tomados isoladamente não têm valor.

Póde imprimir-se.

O Director

Moraes Caldas.

Visto.

Azevedo Maia.

ERRATAS

Pag.	Linhas	Onde se lê:	Leia-se:
3	2	lembrara	lembrava
22	9	Guttermann	Guttmann
23	24	appendicite plastica	appendicite parietal
28	16	staphylococcus	staphylococcus
41	12	a ansa intestinal,	na ansa intestinal
86	1	Laparatomia	Laparotomia

PROPOSIÇÕES

109	6	diraito	direito
-----	---	---------	---------